R. LEFOUR

Agrégé des Facultés de Médecine
Chirurgien en Chef de la Maternité
de Bordeaux



TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE G. DELMAS
10, Rue Saint-Christoly, 10
1898

GRADES ET TITRES UNIVERSITAIRES

Bachelier ès-lettres *(6 août 1870)*.

Bachelier ès-sciences restreint *(28 avril 1871)*.

Docteur en médecine *(12 août 1875)*.

Agrégé des Facultés de Médecine, dans la section d'Accouchements. *(Concours 1880 et Arrêté ministériel du 4 septembre 1880.)*

Agrégé près la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, dans la section d'Accouchements. — *(Arrêté ministériel du 25 septembre 1880.)*

Maître de Conférences d'Accouchements à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. — *(Arrêté ministériel du 19 novembre 1880.)*

Chargé d'un cours complémentaire d'Accouchements à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. — *(Arrêté ministériel du 28 novembre 1886.)*

Professeur à l'École départementale d'Accouchements de Bordeaux. — *(Arrêtés préfectoraux de janvier 1895 et de septembre 1897.)*

Chirurgien de la Maternité de Bordeaux. *(Concours, 1re place, 12 décembre 1884.)*

Chirurgien en Chef de la Maternité de Bordeaux. *(Décision de la Commission administrative des Hôpitaux et Hospices civils, 28 décembre 1894.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux *(juillet 1888)*.

Membre de la Société d'Hygiène et de Médecine publique de Bordeaux. *(Membre fondateur.)*

Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux *(juillet 1892)*.

Membre de la Société scientifique d'Arcachon. *(Membre fondateur.)*

Membre de la Société obstétricale de France *(décembre 1891)*.

Membre de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux. *(Membre fondateur.)*

Membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris *(décembre 1890)*.

Membre correspondant de la Société des Sciences médicales de Lisbonne *(novembre 1895)*.

RÉCOMPENSES ET TITRES HONORIFIQUES

Lauréat de l'École de Médecine de Bordeaux *(1872).*

Médaille d'Honneur du Ministère de l'Intérieur. — Protection des enfants du premier âge *(10 décembre 1886.)*

Officier d'Académie *(27 décembre 1887).*

Chevalier de l'Ordre de Charles III d'Espagne *(23 février 1894).*

Médaille d'argent de la Société Philomathique de Bordeaux. *(Exposition de Bordeaux, 1895.)*

Président d'Honneur du Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie de Bruxelles *(1892).*

Vice-président (section d'Obstétrique) du deuxième Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie. — *(Marseille 1898.)*

SERVICES RENDUS

1° Dans l'Enseignement; 2° dans les Hôpitaux; 3° dans les Sociétés scientifiques et Congrès; 4° à l'Assistance publique.

I. — ENSEIGNEMENT

1° Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

A. — Étudiants en médecine. — a) Cours théorique d'Accouchements complet en deux années : trois leçons par semaine, l'hiver, durant neuf années consécutives; *b)* Exercices pratiques sur le mannequin, tous les jours, pendant toute l'année. *(Service organisé en 1888.)*

B. — Élèves sages-femmes externes. — (Enseignement institué par arrêté ministériel du 1er novembre 1882.)

Élèves de 1re année. — Cours élémentaire d'Anatomie et de Physiologie : trois leçons par semaine, pendant toute l'année.

Élèves de 2e année. — Cours complet d'Accouchements (théorique et pratique) : trois leçons par semaine, pendant toute l'année.

C. — Suppléance, à diverses reprises, de M. le Professeur de Clinique obstétricale.

En somme, seul agrégé d'accouchement de 1880 à 1889, et pendant toute cette période : neuf leçons par semaine, l'hiver, et six leçons par semaine, l'été.

De plus, direction et surveillance des exercices pratiques sur le mannequin, tous les jours, pendant toute l'année 1888-1889.

2° École départementale d'Accouchements.

Années 1895 et 1896.

Élèves de 1re année. — Cours élémentaire d'Anatomie et de Physiologie : trois leçons par semaine, pendant toute l'année.

Élèves de 2e année. — Cours complet d'Accouchements (théorique et pratique) : trois leçons par semaine, pendant toute l'année.

Années 1897 et 1898.

Élèves de 2e année. — Cours complet d'Accouchements (théorique et pratique) : trois leçons par semaine, pendant toute l'année. — Leçons cliniques : une leçon par semaine, pendant toute l'année. *(Exécution du décret du 25 juillet 1896.)*

II. — HOPITAUX

Chaque année, remplacements de vacances ou suppléances à la Clinique obstétricale, de 1880 à 1889.

Chirurgien de la Maternité de 1885 à 1895.

Chirurgien en Chef de la Maternité, depuis le 1er janvier 1895.

III. — SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES ET CONGRÈS

1° Fondation et organisation de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux. *(Secrétaire général, du 1er janvier 1892 au 31 décembre 1896.)*

2° Fondation et organisation du premier Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie. *(Secrétaire général, Bordeaux, août 1895.)*

IV. — ASSISTANCE PUBLIQUE

Médecin Inspecteur des enfants assistés. *(Arrêté préfectoral du 30 décembre 1877.)*

Médecin de la Protection des enfants du premier âge. *(Arrêté préfectoral du 22 septembre 1879.)*

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Ces travaux peuvent être classés en cinq sections. Le plus souvent une courte analyse en facilitera l'intelligence.

1° Travaux d'Obstétrique ;
2° Travaux de Gynécologie ;
3° Travaux de Pædiatrie ;
4° Travaux divers ;
5° Instruments et appareils.

PREMIÈRE SECTION

Travaux d'obstétrique.

1. — **Contribution à l'étude du placenta (Anatomie, physiologie, pathologie).** (*Thèse inaugurale*, Montpellier 1875.)

De cette étude, l'auteur arrive aux conclusions suivantes que les recherches faites depuis n'ont point infirmées, sinon sur quelques points de détail d'ailleurs très discutables :

1° Le placenta est constitué par deux parties : **a**) *Partie maternelle* ou *muqueuse utéro-placentaire*, dans laquelle sont creusés les sinus du même nom ; **b**) *Partie fœtale*, comprenant une membrane lamineuse et des villosités vasculaires ;

2° Il n'existe pas de communication vasculaire directe entre les deux portions du placenta ;

3° Les villosités ne baignent pas directement dans les sinus utérins ; elles ne font que déprimer leurs parois ;

4° Le sang ne passe pas en nature des vaisseaux de la mère dans ceux du fœtus ; les deux plasmas seuls se mélangent, grâce aux phénomènes d'osmose ;

5° Le placenta est pour le fœtus : **a**) un organe où les

phénomènes chimiques de la respiration s'accomplissent comme dans le poumon de l'adulte ; **b**) un organe de nutrition, car c'est par son intermédiaire qu'il puise dans le sang maternel les matériaux nécessaires à son développement ; **c**) un organe d'excrétion, puisque c'est par lui, en partie, qu'il se débarrasse des produits de désassimilation.

Quant à l'influence des lésions du placenta sur le fœtus, elle peut se résumer ainsi :

a) Dans la plupart des faits rapportés, la nutrition du fœtus a été entravée, et celui-ci a pris d'autant moins de développement que la lésion placentaire était plus étendue ;

b) Il est probable qu'il ne se développe pas de circulation supplémentaire ;

c) Les lésions placentaires n'exercent pas sur le fœtus d'influence vitale, mais seulement mécanique, en empêchant mécaniquement les échanges ;

d) Toutes les lésions ont la même influence, lorsqu'elles empêchent les échanges au même degré.

2. — **Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.** (*Thèse présentée au concours pour l'agrégation;* O. Doin, Paris, 1880.)

Étude complète de la question. Cette importante monographie est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'en tracer ici l'analyse qui a été faite, d'ailleurs, au moment de son apparition, par la plupart des journaux français et étrangers. Les conclusions qui s'en dégagent sont restées classiques.

3. — Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété mode des fesses. (O. Doin, Paris, 1882.)

La réalité des présentations du *siège décomplété mode des fesses* étant établie, je démontre qu'il ne suffit pas que



Fig. 1.

le fœtus soit expulsé par les *fesses*, pour qu'il y ait eu présentation du *siège décomplété mode des fesses.*

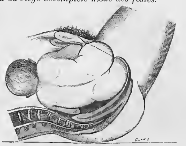


Fig. 2.

En effet, lorsque le fœtus est expulsé par les *fesses*, il faut distinguer deux cas, d'après l'attitude qu'il prend au sortir de l'utérus. Le siège est *décomplété primitivement* ou *secondairement*. Dans le premier cas, le fœtus prend

une *attitude caractéristique* que j'ai été le premier à signaler (fig. 1), attitude qu'il avait dans la cavité utérine pendant la grossesse. Dans le second, le fœtus reprend l'*attitude dite physiologique* qu'il avait dans l'utérus pendant la grossesse, attitude qu'il n'a perdue qu'un instant, au cours du travail.

Dans les présentations du *siège décomplété mode des fesses primitives*, le fœtus peut encore être comparé à un ovoïde. Mais alors, la petite extrémité de cet ovoïde est représentée par les *fesses* qui, au point de vue de l'accommodation pelvienne, se comportent comme le *sommet*, dans le cas *d'attitude naturelle*.

Les *fesses* s'engageant comme le *sommet*, au cours de la grossesse, la présentation est *définitive*.



Fig. 3.

Suit un chapitre intéressant sur le diagnostic différentiel des diverses variétés et modalités des présentations du *siège* entre elles, puis avec la présentation du *sommet*, d'où il

résulte que la formule de Pinard (*excavation pelvienne pleine = présentation du sommet*) est inexacte, puisque le *siège décomplété mode des fesses* s'engage à la façon du *sommet*.

Quelques particularités du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du *siège décomplété mode des fesses* méritent encore d'attirer l'attention; ainsi, par exemple, l'arrêt de la fesse postérieure par le périnée (fig. 2).

J'insiste enfin sur la conduite à tenir et décris une manœuvre (fig. 3) qui permet de dégager les *fesses* au détroit *pubio-périnéal*.

4. — **Nouvelle application du siphon aux lavages vaginaux et utérins,** in *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux,* 31 juillet 1885; et O. Doin, Paris, 1886.

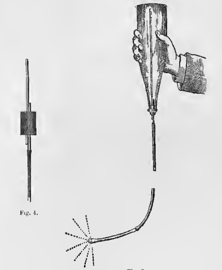


Fig. 4.

Fig. 5.

Pour la première fois, l'auteur songe à utiliser la vulgaire bouteille que l'on trouve partout, pour pratiquer les lavages vagiuaux ou utérins. Pour que la bouteille, le goulot directement en bas, puisse se vider, elle est muuie d'un bouchon que traversent deux tubes : un long, qui va au fond de la bouteille et assure l'entrée de l'air; un autre court, par lequel se fait l'écoulement du liquide (fig. 4 et 5).

Le commerce français et étranger s'est emparé du procédé. Bien mieux : un industriel de Francfort, du nom de Cassel, donne la figure de mon appareil dans son catalogue d'avril 1891, au n° 603, sous la rubrique : *Nouveauté ! Appareil à irrigation du docteur Braats !....*

5. — **De la constriction métallique appliquée à la rachitomie.** (O. Doin, Paris, 1886.)

Après avoir fait la critique des divers procédés de rachitomie, l'auteur s'attache à démontrer que la constriction seule donne à l'opérateur une sécurité complète à l'égard des tissus maternels.

Il fait alors construire un instrument (fig. 6, 7, 8 et 9) qu'il expérimente sur le cadavre.

Avec une anse de fil d'acier de 7 à 8 dixièmes de millimètre, il peut pratiquer :

1° La section du cou;

2° La section du thorax, y compris les deux bras;

3° La section de l'abdomen, au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures;

4° La section transversale du bassin.

La division des tissus est, dans tous les cas, aussi nette que si elle avait été faite à l'aide d'un instrument tranchant.

Appliqué quatre fois sur la femme vivante avec plein succès (1).

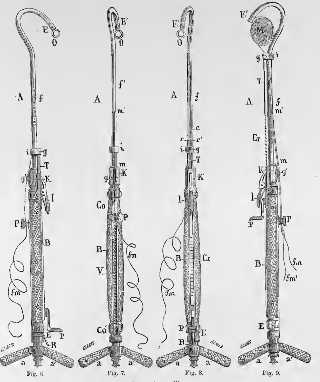


Fig. 6. Fig. 7. Fig. 8. Fig. 9.

(1) Un résumé de ce travail, ainsi que l'instrument, ont été présentés à l'Académie de Médecine par mon regretté et vénéré maître Tarnier, dans la séance du 29 juillet 1884. Sur sa demande, l'Académie nomme une Commission, composée de MM. Blot, Tarnier et Guéniot, rapporteur.

6. — **De l'influence du saturnisme d'origine paternelle sur le produit de la conception,** in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 26 août 1896; et O. Doin, Paris, 1887.

L'auteur montre un produit abortif de grossesse gemellaire à la sixième semaine environ, avec hydramnios de l'un des deux œufs (planche 1), recueilli chez la femme d'un saturnin.

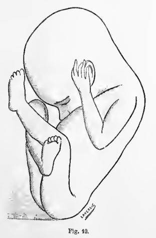


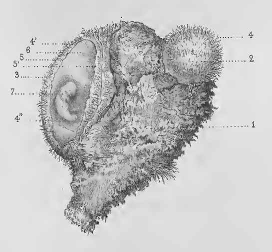
Fig. 10.

A cette occasion, il étudie l'influence du saturnisme sur la grossesse et arrive aux conclusions suivantes :

Les saturnins sont touchés jusque dans leurs éléments reproducteurs; les conséquences de l'empoisonnement sont

PRODUIT ABORTIF DE GROSSESSE GEMELLAIRE

A LA SIXIÈME SEMAINE AVEC HYDRAMNIOS DE L'UN DES ŒUFS.





1. Caduque. — 2. Œuf normal. — 3. Œuf atteint d'hydramnios. — 4. Villosités choriales de l'œuf normal. — 4' 4". Villosités choriales de l'œuf atteint d'hydramnios. — 5. 5'. Coupe du chorion. — 6. Amnios. — 7. Embryon.



d'autant plus graves que les conjoints ont subi tous deux l'influence toxique du plomb; dans les cas où le saturnisme n'atteint qu'un seul des parents, l'action exercée par la mère est plus sévère que celle exercée par le père; le plomb parait agir sur les éléments reproducteurs, en amenant chez eux une déchéance qui empêche la fécondation; lorsque l'altération des éléments reproducteurs est moins profonde, il peut y avoir fécondation, mais le produit est condamné, le plus souvent, à brève échéance; lorsque l'altération est légère, les saturnins peuvent engendrer des enfants qui naissent à terme et vivants, mais qui fréquemment meurent dans les premiers mois ou dans les premières années qui suivent la naissance; dans les cas rares où l'enfant semble échapper à l'influence mortelle du poison, il est exposé aux convulsions, à l'idiotie, à l'imbécillité; le fœtus peut, en outre, présenter des malformations ou encore des attitudes vicieuses, dues probablement à des contractures (fig. 10); les parties de l'œuf d'origine fœtale ne semblent pas davantage échapper à l'action nocive du poison.

7. — Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes et circulaires du cordon autour du col fœtal. (O. Doin, Paris, 1888.)

Les divers auteurs qui ont écrit sur la *version par manœuvres externes*, et qui ont étudié les indications et les contre-indications de cette opération dans les présentations du siège, sont muets ou à peu près sur les dangers qu'il peut y avoir à la pratiquer, dans les cas de *brièveté naturelle* ou *accidentelle* du cordon ombilical. C'est ainsi que dans le récent article que Maygrier a consacré à la *Version* dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, on chercherait

en vain, parmi les contre-indications à la *version par manœuvres externes*, la *brièveté du cordon*.

Deux faits observés par l'auteur et longuement discutés montrent nettement que la *brièveté du cordon* est une contre-indication à la *version céphalique par manœuvres externes*, dans les présentations de l'*extrémité pelvienne*.

Premier fait. — Sacro-iliaque gauche antérieure. — Version céphalique par manœuvres externes exécutée avec difficulté. — Mort du fœtus. — Accouchement par le sommet en occipito-iliaque droite transversale.

Phénomènes observés. — Difficulté pour mobiliser les deux extrémités de l'ovoïde fœtal et surtout pour amener la tête dans la fosse iliaque. Impossibilité de mettre d'emblée cette tête en rapport avec le détroit supérieur. Cependant, abaissement progressif, obtenu grâce à l'action réductrice permanente d'un bandage contentif. Apparition, deux jours après, d'un bruit de souffle fœtal non constaté jusqu'à ce moment. Mouvements actifs assez fréquents et assez intenses pour attirer l'attention de la mère et, peu après, cessation brusque de ces mouvements. Cortège complet des signes de la mort du fœtus avant le début du travail. Arrêt de la tête à l'orifice vulvaire, malgré d'énergiques contractions utérines. Existence de deux circulaires assez serrés pour étrangler le cou du fœtus. Absence de toute altération placentaire.

Deuxième fait. — Sacro-iliaque gauche antérieure. Tentatives infructueuses de version céphalique par manœuvres externes. Hémorrhagie utérine. Accouchement à terme. Enfant vivant avec deux circulaires autour du cou. Décollement partiel du placenta pendant la grossesse.

Phénomènes observés. — Siège complet dans un utérus distendu par une quantité de liquide amniotique qui dépasse la normale. On fait inutilement une première tentative de version par manœuvres externes; la tête ne veut pas se

laisser abaisser. A peine déplacée, elle remonte vers le fond de la matrice, comme si un lien élastique l'y attirait. La deuxième tentative, tout aussi infructueuse, s'accompagne aussitôt d'une perte sanguine. Au moment du travail, l'engagement de la partie supérieure du tronc et surtout de la tête dernière a lieu difficilement. Après section du cordon, l'extraction se fait assez aisément et on peut voir un double circulaire du cordon autour du col fœtal. L'enfant naît en état de mort apparente. L'insertion du cordon est marginale ; le bord correspondant du placenta présente les altérations caractéristiques d'un décollement plus ou moins ancien.

Dans les deux cas, il s'agit de présentations du siége rendues *définitives* par la *brièveté accidentelle du cordon*.

L'attention des accoucheurs ayant été éveillée par ce mémoire, il a été publié, depuis, des observations qui en corroborent les conclusions.

8. — **Du dégagement artificiel des épaules au détroit pubio-périnéal,** in *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux,* et Masson, Paris, 1888.

L'auteur étudie le mécanisme normal du dégagement des épaules au détroit pubio-périnéal et montre comment doit se conduire l'accoucheur, quand il est appelé à les extraire artificiellement, que le fœtus vienne par la *tête* ou bien par le *siège*.

Que les épaules viennent *premières*, comme dans les présentations du *sommet* et de la *face*, ou bien *dernières*, comme dans celles du *siège* et du *tronc*, le mécanisme de leur expulsion naturelle est absolument semblable, si on ne tient compte que du fait essentiel, c'est-à-dire de l'adaptation

des plus grands diamètres du corps à expulser aux plus grands diamètres du canal à parcourir. Par suite, l'*épaule antérieure* dégagée *artificiellement*, devra toujours être remontée *derrière* ou *devant* la symphyse pubienne et l'évolution de l'*épaule postérieure* se fera constamment autour d'un diamètre que j'ai désigné sous le nom de *cervico-acromial*, plus petit que le diamètre *bis-acromial*.

9. — **Sonde pour lavages intra-utérins**, in *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 8 mars 1889.

Nouvelle sonde pour les lavages intra-utérins qui, au point de vue de l'asepsie, ainsi que de la facilité de retour des parties liquides et solides, est supérieure aux instruments de même nature existant déjà.

Cette sonde (fig. 11) est formée d'un tube *A* en acier, légèrement courbé en haut en forme d'hystéromètre ; son extrémité supérieure est munie d'un orifice terminal *a* et de deux yeux latéraux *a'* et *a"* (fig. 12). Ce tube est monté à son extrémité inférieure sur un manche tubulé en métal *M* qui lui fait suite et se termine lui-même par une olive *T*, destinée à recevoir le caoutchouc d'un appareil à irrigation quelconque.

Sur le tube viennent s'adapter latéralement deux valves hémi-cylindriques *B* et *B'* (fig. 12), qui le recouvrent complètement. Ces valves sont articulées entre-elles et avec la sonde, au point *C* (fig. 11), en arrière duquel elles s'écartent à droite et à gauche, suivant un angle de 45° environ. Cet écart de la partie terminale des valves permet de les faire basculer suivant un plan horizontal sur le point *C* et, par conséquent, de les écarter ou de les rapprocher à volonté.

Ce mouvement est obtenu à l'aide d'un écrou de serrage E qui entraîne la vis V.

Toutes les pièces constituant l'ensemble de cet instrument sont facilement démontables.

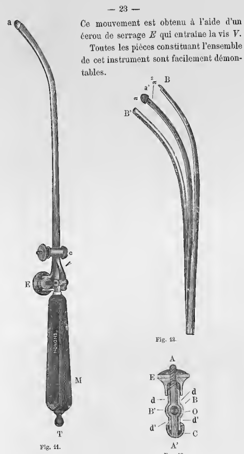


Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 13.

La figure 13 montre les détails de l'articulation.

La pièce *AA'* représente une coupe de la sonde même dont on voit l'orifice en *O*. Sa partie supérieure est taraudée, tandis que sa partie inférieure est terminée par une cupule *C*.

Les pièces *BB'* (fig. 13) représentent les valves munies chacune en haut et en bas d'un demi-tube *dd dd'*.

Pour monter la sonde, il suffit, après avoir dévissé l'écrou *E*, d'engager les deux tubulures *d'd'* dans la cupule *C*, de les appliquer contre la sonde et de serrer sur les deux tubures *dd* l'écrou *E*. L'articulation se trouve ainsi solidement assurée.

10. — **Placentas multilobés,** in *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 29 mars 1889.

11. — **Observations d'accouchement spontané déterminé par l'annonce que l'accouchement serait prématurément provoqué** in *Bulletins et Mémoires de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris*, novembre 1890.

Rachitique névropathe.

Première grossesse. — Rétrécissement méconnu. Accou-

chement à terme. Application de forceps au détroit supérieur. Enfant vivant.

Deuxième grossesse. — Accouchement provoqué à 8 mois révolus. Enfant vivant.

Troisième grossesse. — A 8 mois révolus, projet d'accouchement provoqué pour le lendemain. Dans la nuit, accouchement spontané.

Quatrième grossesse. — Répétition exacte des mêmes faits qui paraissent devoir être rapportés à la *suggestion à l'état de veille*.

12. — **Nœud du cordon ombilical et mort du fœtus,** in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux,* 23 février 1891.

Les coupes pratiquées sur ce cordon montrent qu'il existe, au niveau du nœud, des altérations expliquant aisément la mort du fœtus. Les artères sont végétantes et encombrées de caillots. La lumière de la veine est très effacée; les parois en sont froissées.

13. — **Nœud du cordon ombilical et fœtus vivant,** in *Bulletin et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux,* 16 mars 1891.

Nœud à peine serré. — Aucune altération vasculaire.

14. — **Polype fibreux de l'amygdale développé pendant la grossesse,** in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 23 mars 1891.

Ce néoplasme s'est développé au cours de la grossesse. Il ressemble à une poire un peu aplatie et était implanté par un pédicule grêle au sommet de l'amygdale droite.

Il mesure deux centimètres de longueur y compris le pédicule, six à sept millimètres de largeur et trois à quatre millimètres d'épaiseur.

On peut voir sur les coupes présentées par l'auteur les particularités suivantes :

A la surface, couche épithélialo dont la partie la plus externe est constituée par des lamelles aplaties. Au-dessous, couche muqueuse formée de cellules cylindriques ou ovoïdes. Tout le reste du tissu néoplasique est représenté par des faisceaux fibreux entre-croisés dans différents sens, très épaissis et formant un réticulum dont les travées sont beaucoup plus larges que les espaces qu'elles circonscrivent.

De loin en loin, des vaisseaux remplis de sang dont la paroi conjonctive est très épaissie; au-dessous de l'endothélium, quelques éléments embryonnaires.

Nulle part, on ne retrouve des restes du tissu lymphoïde appartenant en propre à l'amygdale.

En somme, il s'agit bien là d'un polype fibreux de l'amygdale.

Deux autres fois déjà, l'auteur a eu l'occasion d'observer des tumeurs de la cavité buccale nées pendant la grossesse et manifestement développées sous l'influence du gravidisme; dans les deux cas, il s'agissait d'épulis.

15. — **De l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale.** (*Communication à l'Académie de Médecine*, le 12 mai 1891, et O. Doin, Paris 1893.)

Cette étude faite de recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales, permet d'affirmer quo les nœuds du cordon peuvent parfois amener la mort du fœtus, surtout si à l'action du nœud vient s'ajouter celle qui serait due à une compression exercée sur lui. La mort peut alors se produire do deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

L'expérimentatiou qui constitue la partie la plus importante de ce travail ne peut être rapportée ici en détail. Disons seulement qu'en faisant circuler du sérum artificiel dans les vaisseaux du fœtus, sous la pression normale dans chaquo ordre de vaisseaux, artères et veine, et cela à l'aide d'un flacon de Mariotte, on arrive aux conclusions suivantes :

A. — En ce qui concerne la circulation dans la veine ombilicale :

1° Un nœud non serré n'exerce sur elle aucuno action;

2° Un nœud serré l'entrave d'une mauière appréciable;

3° Un nœud serré et soumis à une compression évaluée en poids à 100 grammes, constitue un obstacle sérieux;

4° Un nœud serré et soumis à une compression évaluée en poids à 150 grammes, l'arrête d'une façon à peu prés absolue.

B. — En ce qui a trait à la circulation dans les artères ombilicales :

1° L'influence exercée sur elles par un nœud serré est très peu accusée;

2° L'influence d'un nœud serré et même comprimé par un poids de 100 grammes est à peine sensible;

3° Un nœud serré et comprimé par un poids de 150 grammes aména dans le débit un ralentissement extrêmement marqué.

Si on vient à augmenter la pression intra-vasculaire par l'élévation du flacon de Mariotte, la portion du cordon placée en amont du nœud et le nœud lui-même deviennent turgescents; les anses se desserrent et l'écoulement, ralenti ou arrêté, reprend avec d'autant plus d'abondance que l'augmentation de pression est plus grande.

Dès lors, il y avait lieu de se demander si l'énergie cardiaque, nécessairement sollicitée par la résistance placée sur le trajet du cordon, n'était pas capable, au même titre qu'une simple augmentation de pression, de triompher de l'obstacle qui lui était opposé.

Pour résoudre cette question, le flacon de Mariotte est remplacé par un cœur de tortue dont les contractions nous ont semblé pouvoir être employées à faire circuler, dans les vaisseaux d'un cordon préalablement noué, du sang de chien défibriné. Le choix de la tortue était plus particulièrement indiqué, on le pressent, d'abord à cause de la propriété que possède le cœur de cet animal de continuer à se contracter en dehors de lui, sur la table d'expérimentation; puis, parce que la tension artérielle, chez lui, est sensiblement la même que chez le fœtus.

A peine le sang a-t-il pénétré dans les vaisseaux, sous l'influence de ce moteur vivant, que le cordon subit une véritable érection et se met à battre régulièrement. Le nœud, quelque serré qu'il soit, se desserre aussitôt et l'action de cet obstacle sur l'écoulement est tout à fait passagère. Il faut un poids de 500 grammes pour arrêter l'écoulement, et il est vraiment curieux de voir les poids croissants employés, être soulevés d'une façon rythmique, à chaque systole ventriculaire.

Cette expérience démontre qu'en présence d'un obstacle placé sur le trajet du cordon, nœud avec ou sans compression, la circulation continue à se faire, tant que la résistance est inférieure à la puissance du moteur, ce qui doit être le cas le plus fréquent. Mais, il nous paraît indispensable, pour que la circulation puisse se continuer longtemps et sans

dommage pour le muscle cardiaque, que la puissance soit très supérieure à la résistance (1).

16. — **Fœtus étranglé par un circulaire du cordon,** in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux,* 27 juillet 1891.

Fœtus de trois mois et demi mort et macéré, portant sur le cou des traces très nettes de compression par le cordon. Ce dernier fort grêle mesure 27 centimètres. La mort s'explique par un double mécanisme : compression du cou par le cordon, et auto-compression du cordon sur le cou.

17. — **Des laveurs vagino-utérins, dits vide-bouteilles,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 12 janvier 1892.

Importantes modifications apportées dans la construction de l'appareil décrit en 1885 (page 13).

Le métal est remplacé par l'ébonite; le long tube qui devait assurer l'entrée de l'air est considérablement réduit. Voici, d'ailleurs, comment j'ai procédé pour réaliser le nouveau modèle qui est figuré ci-desous.

J'ai pris deux bouts de tubes en ébonite, de même calibre

(1) Mémoire renvoyé à une Commission composée de MM. Guéniot, Charpentier et Budin rapporteur.
Rapport de M. Budin, conforme aux conclusions de l'auteur.

intérieur, et je les ai fait passer à travers un bouchon en caoutchouc, à l'aide duquel j'ai fermé une bouteille pleine d'eau.

La bouteille, ainsi préparée, fut mise le goulot en bas et j'observai ce qui se passait. Je constatai alors que l'eau sortait tantôt par un tube, tantôt par l'autre. Quand, par exemple, elle s'écoulait par le tube *A* (fig. 14), l'air pénétrait par le tube *B*, et inversement. De là, je fus amené à conclure que, pour forcer le liquide à passer constamment par l'un de ces tubes plutôt que par l'autre, il devait suffire de placer sur ce dernier une résistance capable de faire équilibre à la pression représentée : 1° par la hauteur du dit liquide; 2° par l'élasticité de l'air emprisonné dans la partie supérieure de la bouteille.

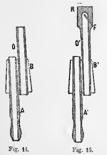


Fig. 14. Fig. 15.

Pour obtenir ce résultat, je m'adressai à la capillarité et j'eus recours au dispositif représenté en coupe dans la fig. 15.

L'ancien tube *B* de la fig. 14, ouvert à ses deux extrémités, fut fermé et renflé, en même temps, à sa partie supérieure, ainsi que le montre en *R* la fig. 15. Après quoi, je fis passer par le renflement *R* une section capillaire *F* qui, dirigée obliquement de bas en haut, devait donner accès dans l'intérieur du tube *B*. Que fallait-il, dans ces conditions, pour que

l'eau passât toujours dans le tube *A* et l'air toujours par le tube *B*, quoiqu'ils fussent l'un et l'autre de même calibre? Que la fente capillaire, pratiquée dans le renflement *R*, et réduite à son minimum par les couches d'air adhérentes à ses parois, fût assez étendue en surface pour triompher de la pression exercée par l'air et l'eau que contenait la bouteille.

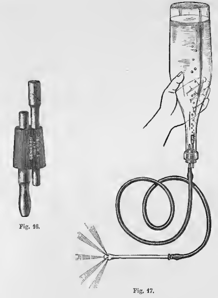


Fig. 16.

Fig. 17.

L'expérience a démontré que ces conditions étaient réalisées dans l'appareil que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société et que j'ai fait fonctionner sous ses yeux (fig. 16 et 17).

18. — **Du traitement des vomissements graves de la grossesse,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 janvier 1892.

L'auteur indique les pulvérisations de chlorure de méthyle au creux épigastrique et sur le trajet du rachis, comme moyen de traitement des vomissements graves de la grossesse.

19. — **A propos de la déchirure de l'utérus au cours du curage post-partum et post-abortum,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 avril 1892.

Les perforations de l'utérus, au cours du curage utérin, tiennent à des causes multiples. Minceur des angles de l'organe où il importe d'atteindre l'infection, ramollissement du tissu dans le *post-partum* ou le *post-abortum*, usure de la paroi dans le myxome placentaire, etc.; mais aussi instruments imparfaits, curettes de trop petit diamètre. Avec la curette irrigatrice à large boucle circulaire (fig. 18) que j'ai



Fig. 18.

fait construire, la perforation du tissu utérin aminci, ramolli ou altéré, est bien moins à redouter.

20. — Les présentations du siège décomplété mode des fesses primitives existent-elles pendant la grossesse? in *Bulletins et Mémoires de la Société Obstétricale de France* (Session d'avril 1892).

Revenant sur les conclusions de son premier mémoire, l'auteur affirme l'existence, pendant la grossesse, des présentations du siège décomplété mode des fesses qu'il a appelées *primitives*. Il appuie son affirmation sur des faits d'œufs expulsés entiers au cours de la grossesse et dans lesquels les fœtus ont l'attitude caractéristique et *définitive* qu'il a décrite.

Il montre le dessin, d'après nature, de l'un de ces œufs dans lequel on voit nettement le fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses. Le fœtus est mort au cinquième mois de la grossesse, par compression du cordon entre la tête et le placenta (fig. 20).

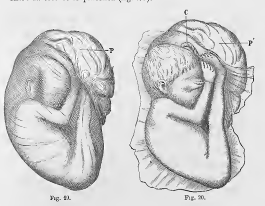


Fig. 19. Fig. 20.

L'œuf expulsé entier au sixième mois est représenté intact (fig. 19) et ouvert (fig. 20).

21. — **Corps fibreux de l'utérus et grossesse,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 9 juillet 1892.

Métrorrhagie ou ménorrhagie sont loin d'être une règle absolue, dans les cas de corps fibreux de l'utérus. Il n'est pas rare, au contraire, de constater de l'aménorrhée plus ou moins prolongée. Dans ces conditions, la suppression des règles perd une grande partie de sa valeur au point de vue du diagnostic d'une grossesse concomitante. Par contre, il faut attacher la plus grande importance à l'accroissement rapide des fibromes qui reçoivent, du fait du gravidisme, un véritable coup de fouet.

22. — **Présentation de l'épaule et rupture de l'utérus,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 10 janvier 1893.

Opinion personnelle de l'auteur relative à la conduite à tenir, dans les cas de rupture utérine avec présentation de l'épaule.

Dans le combat qu'il engage contre le corps à expulser en présentation vicieuse, l'utérus n'offrant point, dans toutes ses parties, une égale résistance, ne saurait lutter non plus avec une égale énergie.

La musculature puissante de la partie supérieure de l'organe se contracte avec la plus grande vigueur et finit par se débarrasser du fœtus, en se retirant de lui, pour ainsi dire. Mais ce phénomène ne peut s'accomplir, sans une élongation, sans un amincissement considérables du segment inférieur de la matrice et de la partie supérieure du vagin.

Ce sont ces modifications qui mettent l'organe en imminence de rupture.

La rupture étant faite, il ne faut pas perdre de vue ces conditions anatomiques, mais songer qu'il y a encore toute une portion de l'utérus qui n'est pas déchirée et qui peut l'être bientôt, sous l'influence de la moindre violence.

En effet, l'utérus ne cesse pas d'être largement déchirable, parce qu'il est entamé, au contraire. Et si, il y a un instant, la version était contre-indiquée, à l'heure présente elle l'est bien davantage.

De plus, en raison des connexions de la matrice avec les autres organes pelviens, vessie, vagin, rectum, ligaments larges, une déchirure limitée devient une amorce pour l'extension de la lésion.

Donc, après comme avant la déchirure, c'est aux méthodes de douceur qu'il faut avoir recours pour extraire le fœtus encore contenu dans la cavité utérine.

23. — **De la conduite à tenir dans les présentations du front,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 14 février 1893.

Dans les cas qui réclament une intervention, la conduite doit être différente, selon que l'enfant est mort ou vivant. Si le fœtus est mort, il faut réduire le volume de la tête par la perforation ou la basiotripsie. S'il est vivant, la conduite variera encore, selon que le bassin est normal ou rétréci. Dans le premier cas, la version pelvienne par manœuvres internes, lorsque existent les conditions requises pour pratiquer cette opération, est le mode d'intervention de choix. Dans le second, la symphyséotomie pourrait être pratiquée avec avantage.

24. — **Présentation de l'épaule; contracture de l'anneau de Bandl. — Version par manœuvres internes; enfant vivant** (en collaboration avec M. le docteur Bourrus), in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 11 avril 1893.

Enfant vivant, présentant l'épaule gauche profondément engagée en acromio-iliaque gauche. Utérus animé de contractions extrêmement fréquentes et douloureuses; absence à peu près complète de liquide amniotique. — Tentatives de version podalique par manœuvres internes. — Contracture de l'anneau de Bandl qui finit par céder. — Extraction d'un enfant de 2,500 grammes environ, en état de mort apparente, que je ne ranimai qu'après une demi-heure d'insufflation pulmonaire.

La mère guérit sans incident et l'enfant devint bientôt un superbe garçon, grâce à une excellente nourrice.

Il semble ressortir de ce fait que les contractures limitées de l'utérus seraient moins graves que celles qui atteignent le corps de l'organe tout entier et qu'on peut alors faire des tentatives de version qui, dans le second cas, seraient absolument contre-indiquées.

25. — **Insertion vélamenteuse du cordon,** in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie,* 3 juillet 1893.

Les vaisseaux ombilicaux rampent sur les membranes, dans le champ de l'orifice de dilatation. Cependant le fœtus a pu naître vivant, car il a franchi l'orifice utérin sans les rompre; il est passé entre la veine et une des artères ombilicales.

26. — **A propos d'un cas de dystocie par exagération du diamètre bis-acromial,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 12 décembre 1893.

L'auteur rapelle que pour faire passer des épaules normalement développées au détroit pubio-périnéal, avec le moins de dommage possible pour les tissus maternels, ce n'est pas le diamètre *bis-acromial* qu'il faut mettre en rapport avec ce détroit, mais un diamètre qu'il a appelé *cervico-acromial,* beaucoup plus petit. A plus forte raison, faut-il suivre cette conduite, quand il y a exagération dans le volume des épaules.

27. — **Accouchement artificiel par les voies naturelles pendant l'agonie et opération césarienne post-mortem,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 9 janvier 1894.

Chez une femme qui va mourir d'asphyxie, ce n'est pas à l'opération césarienne post-mortem qu'il faut avoir recours pour extraire le fœtus, mais à l'accouchement artificiel par les voies naturelles, avant la mort de la mère. De cette façon seule, on peut espérer avoir un enfant vivant.

En tout cas, la plus élémentaire prudence commande de pratiquer l'opération césarienne, comme si l'on était en présence d'une femme vivante, car les exemples sont nombreux de femmes sortant, sous le couteau, d'une syncope ou d'un sommeil léthargique. Il faut donc faire une opération chirurgicale réglée et non pas une nécropsie que la loi, d'ailleurs, n'autorise qu'après un certain délai.

28. — **Craniotomie et basiotripsie dans les bassins légèrement rétrécis,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 13 février 1894.

Dans un bassin légèrement rétréci, il faut d'abord avoir recours au forceps et non pratiquer, d'emblée, la basiotripsie. Si la tête ne vient pas, on la perfore entre les cuillers de l'instrument qui l'immobilise. La perforation qui précède l'application des cuillers du basiotripe se fait sur une tête qui ne peut être sûrement immobilisée que par des aides exercés. Il y a là un danger pour les tissus maternels qu'il ne faut pas perdre de vue.

29. — **Influenza à forme intestinale chez une femme enceinte de huit mois,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 13 février 1894.

La grippe peut interrompre la marche de la grossesse ; l'accouchement ne semble pas, en l'espèce, être un événement heureux. Quant aux suites de couches, elles ne paraissent point troublées. A noter, dans le cas particulier rapporté par l'auteur, une notable diminution dans le taux des chlorures et l'action très efficace, en apparence, du chlorure de sodium sur ce trouble urinaire dont on ne connait qu'imparfaitement la signification.

30. — **Fausse-couche ovulaire** (en collaboration avec M. le Prof. Coyne), in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 juin 1894.

On observe au point correspondant à la lettre *E*, dans les deux figures 21 et 22 dont l'une représente la pièce grandeur naturelle et l'autre considérablement grossie, un épaississement en forme d'S majuscule qu'on peut prendre au premier abord pour un embryon. Il n'en n'est rien cependant, car nous avons affaire à un œuf clair (fig. 21 et 22).

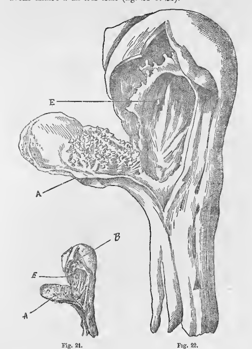


Fig. 21. Fig. 22.

Enfin les coupes faites à ce niveau montrent qu'il existe deux zones. Dans la première, il s'agit d'une membrane, de nature muqueuse, dont la face externe bourgeonne et pénètre dans la muqueuse, en formant des villosités plus marquées en ce point que dans tout autre. Dans la seconde, plus extérieure, on retrouve une muqueuse enflammée par places, infiltrée d'éléments embryonnaires, mais surtout envahie par une véritable apoplexie sanguine.

31. — **Rétention des membranes dans la cavité utérine,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 13 novembre 1894.

Expulsion, quinze jours après l'accouchement, d'un lambeau membraneux (amnios et chorion) mesurant près de 17 centimètres de long sur 8 centimètres de large, sans altération appréciable, soit par la vue, soit par l'odorat. L'involution utérine ayant été régulière, il est permis de penser que ce lambeau retenu simplement par un de ses bords au niveau du col, occupait surtout le fond de la cavité vaginale et avait pu se conserver intact, grâce aux injections pratiquées deux fois par jour, avec une solution de sublimé.

32. — **A propos de la ligature élastique du cordon ombilical,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 11 décembre 1894.

Quand on a affaire à des cordons gras, il se produit, au moment de la ligature pratiquée avec un fil rigide, un tasse-

ment de la gélatine de Warthon qui comprime indirectement les vaisseaux ombilicaux et ferme leur lumière. Mais la compression cesse dès que la gélatine de Warthon se diffuse. Alors, il peut se produire des hémorrhagies secondaires redoutables. Aussi vaut-il mieux se servir d'un lien élastique qui assure, d'une façon progressive et, par suite, permanente, l'étranglement des vaisseaux.

Cependant, on devra toujours appliquer d'abord une ligature de fil rigide. Avec le temps, en effet, le fil élastique s'altère, devient cassant, et se rompt ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater récemment. Si la rupture était survenue après l'emmaillotement, elle aurait pu avoir des conséquences d'autant plus graves qu'on est en droit d'avoir en la ligature élastique une plus grande confiance.

33. — **Quelques réflexions critiques sur la poche amnio-choriale,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 8 janvier 1895.

L'auteur montre comment, dans les cas de poche amnio-choriale, la poche amniotique explorée à travers la poche choriale peut être prise pour une tumeur développée sur la région fœtale en présentation. Il insiste, à la fois, sur les difficultés du diagnostic et sur les réserves que doit faire l'accoucheur, souvent pressé de questions par l'entourage.

34. — **Syphilis et grossesse,** in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux,* 3 mars 1895.

Parents syphilitiques : syphilis du mari 1880 ; iufection de la femme 1885. — Traitement anti-syphilitique.

En 1887, première grossesse. — Accouchement prématuré à 7 mois : deux petites filles mortes et macérées. — Continuation du traitement anti-syphilitique.

En 1889, deuxième grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois d'un petit garçon qui meurt 24 heures après.

En 1891, troisième grossesse malgré mes avis. — Accouchement à terme d'un enfant, mort quelques jours auparavant. — Continuation rigoureuse du traitement anti-syphilitique : frictions mercurielles ; iodure de potassium.

En 1894, quatrième grossesse. — Accouchement à terme d'une fille vivante, pesant 3,600 grammes et indemne de tout accident syphilitique. Un gros orteil supplémentaire au pied gauche.

Suites de couches normales.

Allaitement maternel : cinq mois plus tard, l'enfant pèse 5,280 grammes et n'a jamais présenté le moindre accident spécifique. A ce moment, ablation de l'orteil supplémentaire ; réunion par première intention.

La syphilis doit-elle être invoquée ici pour expliquer l'existence de cet orteil supplémentaire ? Malgré l'autorité de M. le Prof. Fournier, il y a lieu de faire encore des réserves.

35. — **Œuf entier de cinq à six semaines. Localisation placentaire et insertion vélamenteuse du cordon** (en collaboration avec M. le Prof. Coÿne), in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 12 mars 1895.

Œuf entier de cinq à six semaines. La poche ouverte, on trouve un fœtus de un centimètre et demi de longueur, dont les membres commencent à apparaître sous la forme de bour-

geons. Mais ce qui frappe surtout, c'est que le cordon ombilical très volumineux, sortant de la paroi ventralo déjà fermée de l'embryon, vient se terminer sur la partie des membranes qui est dépourvue de villosités choriales. Les vaisseaux qu'il renferme, cheminent dans cette région des membranes, sur une étendue de 3 centimètres, avant d'atteindre la périphérie du placenta, constituant ainsi une insertion vélamenteuse du cordon.

36. — **Bassin infantile. Application de forceps au détroit supérieur : enfant vivant avec enfoncement du frontal,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 mars 1895.

Grossesse de huit mois chez une jeune fille de 14 ans. Bassin infantile dont les diamètres du détroit supérieur, à peu près égaux, mesurent de 9 centimètres à 9 centimètres et demi. Application de forceps au détroit supérieur, les cuillers placées sur les bosses pariétales. Extraction d'un enfant vivant présentant sur le frontal gauche une dépression très marquée.

L'application du forceps au détroit supérieur telle que je l'ai faite, telle que j'enseigne à la fairo, dans les bassins légèrement rétrécis, mériterait d'être longuement exposée et discutée. Ce n'est pas ici le lieu. Il me suffira de faire remarquer que si l'application des cuillers est correcte par rapport à la tête, elle est, au même moment, irrégulière par rapport au bassin. Commencer l'engagement dans ces conditions, n'est pas une pratique défendable. Mais, en ayant soin de diagonaliser la tête, de façon à mettre la cuiller postérieure du forceps en rapport avec le bord antérieur de l'aileron du sacrum qui est en retrait sur l'angle sacro-

vertébral, on trouve plus de place pour loger la bosse pariétale correspondante et, par suite, plus de facilité pour l'engager à travers le détroit supérieur. En outre, par le fait même de la diagonalisation, la situation du forceps cesse d'être irrégulière par rapport au bassin.

On m'objectera, sans doute, que, dans le cas actuel, le résultat n'est pas parfait, puisque l'une des bosses frontales présente un enfoncement. Je répondrai que cet accident tout à fait exceptionnel, à la suite de l'application du forceps, telle que je la conseille dans les bassins plats, est due ici à la nature spéciale de la viciation pelvienne. Le bassin étant rétréci dans tous ses diamètres, la tête ne pouvait être entraînée à travers le détroit supérieur que très fortement fléchie. Or, avec une flexion exagérée de l'extrémité céphalique, le front doit se relever et se rapprocher au maximum de l'angle sacro-vertébral contre lequel il vient appuyer. Dès lors, si, comme dans le cas actuel, l'ossification des os du crâne est incomplète, l'enfoncement du frontal est à redouter. Il ne saurait en être ainsi chez une femme adulte, dans les bassins aplatis par le rachitisme.

37. — **De la conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 9 avril 1895.

Chez les asystoliques, il est impossible de poser à l'avance une règle de conduite absolue et d'établir en principe, par exemple, qu'il faut *toujours* ou qu'il ne faut *jamais* interrompre le cours de la grossesse. Le clinicien doit se montrer à la fois médecin et accoucheur, c'est-à-dire s'attaquer d'abord aux symptômes d'asystolie qui menaçent immédia-

tement la vie des malades ; puis, le régime lacté qui rend en l'espèce de si précieux services étant institué, décider, en prévision de nouveaux accidents, s'il y a lieu ou non de provoquer soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

38. — **Dysménorrhée membraneuse et avortement** (en collaboration avec M. le Prof. Coyne), in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 15 mai 1895.

La membrane examinée représente très exactement le moule de la cavité utérine ; on y distingue nettement les orifices des trompes et du col. C'est un exemple type de dysménorrhée membraneuse totale. A la partie inférieure du moule utérin, vers le col, il existe une portion villeuse qui paraît représenter les éléments d'un placenta. Au même niveau, attenante à une autre portion villeuse, on trouve une poche absolument vide qui n'est autre que l'œuf.

En somme, il s'agit d'une grossesse interrompue par la dysménorrhée membraneuse et c'est aux apoplexies déterminées par cette lésion qu'il faut, sans doute, attribuer la cessation de la vitalité du produit. Dans le cas présent, il y a lieu encore de tenir compte, pour expliquer l'avortement, de l'insertion basse de l'œuf.

39. — **Note pour servir à l'étude des causes d'erreur dans la pelvimétrie mixte,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 15 mai 1895.

Les moyens dont nous disposons en clinique ne nous ont

pas encore permis de mesurer directement et, par suite, exactement le diamètre *promonto-pubien minimum* sur la femme vivante. Aussi sommes-nous contraints de le déduire d'un autre diamètre qui, lui, peut être mesuré directement, je veux parler du diamètre *promonto-sous-pubien*. Pour cela, nous sommes conveuus de retrancher de la mesure du *promonto-sous-pubien*, une longueur moyenne qui, après de nombreuses mensurations, a pu être fixée approximativement à un centimètre et demi.

Parmi les raisons qui devaient nécessairement faire varier la quantité à retrancher, quatre sont restées classiques, depuis Van Huevel, ce sont : 1° la hauteur de la symphyso pubienne; 2° son inclinaison; 3° son épaisseur; 4° la hauteur du promontoire.

Il y en a une cinquième qui n'est mentionnée nulle part et qui cependant concourt aux erreurs qu'on est exposé à commettre par la pelvimétrie mixte.

Il est, en effet, aisé de démontrer que, toutes choses égales d'ailleurs, la quantité à retrancher du *promonto-sous-pubien*, peur obtenir le *promonto-pubien minimum*, doit être d'autant plus grande que le promontoire sera plus rapproché des pubis ou, si on préfère, que les pubis seront plus rapprochés du premontoire, c'est-à-dire que lo rétrécissement portant sur le diamètre *utile* sera plus serré.

Cette démonstration, qu'en peut faire de plusieurs façons, est des plus faciles à suivre sur la figure 23.

La simple inspection de cette figure nous donne, en effet, d'après un théorème bien connu :

$$PP' + P'S > PS$$
$$PP' = (PM - P'M)$$

Or, en substituant à PP' sa valeur, nous avens :

$$(PM - P'M) + P'S > PS$$

ou bien, en retranchant PM de chaque membre de l'inégalité :

$$(PM - P'M) + P'S - PM > PS - PM$$

et, en réduisant, $P'S - P'M > PS - PM$

C. Q. F. D.

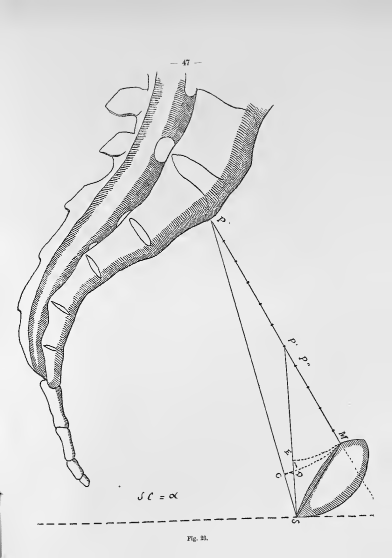


Fig. 23.

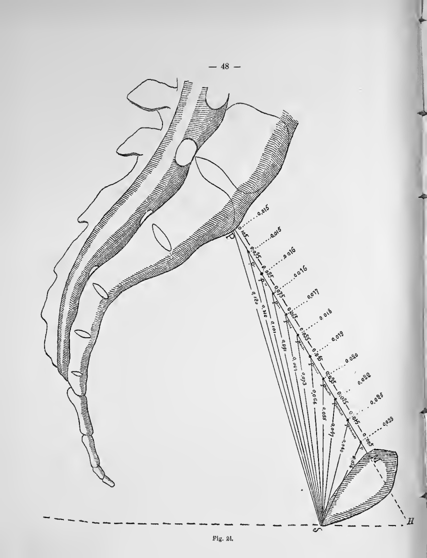

P
0,015
0,015
0,016
0,016
0,017
0,018
0,019
0,020
0,022
0,025
0,105
0,095
0,085
0,075
0,065
0,055
0,045
0,035
0,025
0,015
0,005
0,120
0,101
0,091
0,082
0,073
0,064
0,055
0,047
0,040
S
H

Fig. 24.

Je pourrais faire le même raisonnement pour un point P" plus rapproché de M que P' et ainsi de suite.

On peut d'ailleurs vérifier expérimentalement les résultats que nous venons d'exposer et qui pourraient cependant se passer de contrôle, comme tout ce qui est mathématique. Il suffit pour cela, de figurer une coupe de bassin normal (fig. 24) et de mener des points P, P', P", P"', etc., c'est-à-dire de centimètre en centimètre tous les *promonto-sous-pubiens* PS, P'S, P"S, P"'S, etc., et d'en retrancher successivement les longueurs PM, P'M, P"M, P"'M, etc., on voit alors que la différence grandit à mesure que le point P se rapproche du point M et grandit d'autant plus vite qu'on veut évaluer des rétrécissements plus serrés.

Dans les bassins très étroits, nous ne devons pas l'oublier, les graves déterminations que nous avons à prendre reposent sur des différences de quelques millimètres seulement et nous ne saurions trop nous rapprocher de la mesure exacte des rétrécissements.

40. — **Bruit de souffle fœtal et grossesse gémellaire,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 11 juin 1895.

Le diagnostic de grossesse double, à l'aide de l'auscultation obstétricale, ne peut être porté classiquement que si les conditions suivantes sont réalisées : 1° deux foyers des bruits du cœur fœtal ; 2° auscultation pratiquée, au niveau de chaque foyer, par des observateurs distincts, comptant ensemble les battements du cœur, au même moment et pendant le même temps.

Il y a des cas rares, à la vérité, dans lesquels les conditions d'observation sus-indiquées ne sont plus nécessaires. Lorsque,

par exemple, ainsi que j'en observe un fait en ce momeut à la Maternité, à l'un des foyers, les battements du cœur fœtal sont normaux et lorsque, à l'autre, il existe un bruit de souffle. Il suffit, dans ce cas, d'un seul observateur pratiquant l'auscultation, comme dans la grossesse simple, pour faire le diagnostic de grossesse double.

41. — **Note sur l'antisepsie en obstétrique,** in *Compte rendu du Congrès de Bordeaux*, 1895.

Après avoir indiqué comment l'antisepsie *ante-partum* a été organisée dans son service de la Maternité, l'auteur étudie le mode de production de nombreux accidents locaux d'hydrargyrisme qui se sont offerts à son observation.

Du jour de leur admission au dortoir des femmes enceintes, jusqu'au moment de leur entrée dans la salle de travail, les femmes reçues à la Maternité prennent régulièrement, à deux jours d'intervalle et alternativement, deux bains : l'un avec 15 grammes de sublimé, l'autre avec 250 grammes de sous-carbonate de soude.

J'avais demandé à la Pharmacie des Hôpitaux de me fournir des solutions acides de sublimé et j'avais iudiqué l'acide tartrique, à raison de 5 grammes de cet acide pour 1 gramme de sublimé. Vu le prix élevé des solutions ainsi préparées, la Pharmacie avait cru pouvoir, sans inconvénient, remplacer l'acide tartrique par le chlorhydrate d'ammoniaque.

Voilà alors ce qui se passait :

Mes malades prenaient un bain au sous-carbouate de soude. Certes le bain alcalin est précieux; il décape bien la peau et assure d'une manière aussi parfaite que possible l'action locale des antiseptiques. Mais, en l'espèce, il présentait de sérieux inconvénients et cela, en laissant constamment sur la peau des traces indéniables d'alcalis carbonatés.

Le sublimé dissous, même à l'état de traces, dans le chlorhydrate d'ammoniaque, donne, avec les carbonates alcalins, des précipités très nets de chloramidure de mercure. Ces précipités se forment, dans le cas particulier, à l'ouverture des pores de la peau déja imprégnés de carbonates alcalins. Or, sous l'influence de la température du corps et de la sécrétion sudorale, le chloramidure de mercure est décomposé et donne du mercure libre dont l'action locale est manifeste.

Les bains alcalins ne pouvaient se comporter de la même façon, en présence des solutions de sublimé additionnées d'acide tartrique. En effet, l'acide tartrique intervenant, la partie en excès et libre neutralise les carbonates alcalins pour former des sels solubles. De plus, l'acide tartrique empêche les carbonates alcalins de décomposer le sublimé et il forme, avec eux, des tartrates sans action sur les solutions diluées du sel mercurique qui conserve toute sa pureté.

L'exactitude de cette interprétation a été cliniquement démontrée.

42. — **Symphyséotomie et accouchement prématuré combinés,** in *Compte rendu du Congrès de Bordeaux 1895.*

L'auteur rapporte deux observations démontrant que l'accouchement prématuré provoqué et la symphyséotomie, loin de s'exclure, peuvent se combiner et se prêter un mutuel appui. Associées, ces deux interventions permettent de reculer plus loin qu'on ne l'a fait jusqu'ici les indications de l'opération césarienne et de réduire, dans une large mesure, les indications de l'avortement provoqué pour viciations extrêmes du bassin.

La première observation se rapporte à une achondropla-

sique dont le promonto sous-pubien mesurait six centimètres et quart (bassin à opération césarienne ou à basiotripsie grave), et chez laquelle je provoquai le travail à sept mois passés.

Pour extraire le fœtus qui se présentait par la tête, je fus obligé de réduire le crâne par la perforation. L'accouchement prématuré, provoqué un peu plus tôt, aurait probablement permis d'amener par les pieds un enfant vivant et viable.

Suites de couches normales.

La deuxième observation a trait à une rachitique dont le promonto-sous-pubien mesurait huit centimètres et quart (bassin à opération césarienne ou à basiotripsie bénigne), et chez laquelle, en provoquant le travail à huit mois, j'ai pu, après section des pubis, amener un enfant vivant de 2,290 grammes, qui a quitté la Maternité pesant 3,100 grammes.

Suites de couches normales.

43. — **Nouvelles recherches expérimentales sur les nœuds du cordon** (en collaboration avec M. le Dr Oui), in *Compte rendu du Congrès de Bordeaux 1895.*

Poursuivant mes recherches sur les nœuds du cordon ombilical, j'ai fait, en collaboration avec M. Oui, une série d'expériences dont voici sommairement les résultats.

Contrairement à l'opinion classique, qui ne repose sur aucune preuve, on est en droit d'affirmer : 1° que la force de traction à exercer sur les bouts d'un cordon pour arrêter la circulation dans la veine ombilicale, alors qu'il existe un nœud sur son trajet, est de faible intensité (de 25 à 90 grammes); 2° que la multiplicité des nœuds exige, pour le même résultat, une force plus considérable.

44. — **Rotation interne de la tête et circulaires du cordon autour du col fœtal,** in *Compte rendu du Congrès de Bordeaux 1895.*

Deux faits observés par l'auteur lui permettent de démontrer l'importance qu'il faut attacher au sens dans lequel se fait l'enroulement dans les cas de brièveté accidentelle du cordon par circulaires autour du col fœtal.

Supposons, par exemple, une occipito-iliaque droite postérieure. — L'enroulement du cordon autour du col peut se faire de deux façons :

1° Partant de l'ombilic, le cordon suit le plan antérieur du fœtus jusqu'au niveau du cou. Là, s'il se porte à droite, il passera sur le côté droit du cou, puis, en arrière et à droite, sur sa partie postérieure; il gagnera, ensuite, successivement le côté gauche et la partie antérieure orientée en avant et à gauche. Le circulaire est alors complet; un second, un troisième se formeront de la même façon. Quel que soit le nombre des circulaires ainsi formés, le déroulement commence avec le mouvement de rotation destiné à ramener l'occipital derrière les pubis, et, par suite, rien ne vient révéler leur existence à l'accoucheur, avant l'apparition du cou au détroit pubio-périnéal.

2° Au contraire, partant toujours de l'ombilic et suivant le plan antérieur du fœtus, le cordon peut se porter vers la partie latérale gauche du cou, passer successivement sur la partie postérieure qui regarde en arrière et à droite, sur le côté droit et enfin sur la partie antérieure orientée en avant et à gauche, formant ainsi, comme précédemment, un circulaire complet, mais en sens inverse. Dans ce cas, le cordon, loin de se dérouler pendant le mouvement de rotation de la tête, ne peut que s'enrouler davantage. S'il n'est pas à bout de course, il n'y a le plus souvent à cela aucun inconvénient grave. Mais, pour peu qu'il ait fourni à l'enroulement tout ce qu'il pouvait donner et qu'il soit déjà tendu de l'ombilic

au cou et du cou au placenta, le mouvement de rotation do la tête n'est plus possible qu'à la faveur du resserrement extrême des circulaires.

Les conséquences immédiates de cet état de choses sont : 1° la lenteur, puis l'arrêt du mouvement de rotation; 2° l'auto-compression croissante des vaisseaux funiculaires, si l'accouchement est abandonné à lui-même: 3° la striction des vaisseaux du cou par les circulaires serrés à bloc, quand d'autorité, à l'aide du forceps, on fait la rotation et l'extraction de la tête.

45. — **Rougeole et grossesse,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 12 novembre 1895.

La rougeole est rare au cours de la grossesse dont elle semble détermiuer l'interruption. Le pronostic de cette fièvre éruptive ne parait pas manifestement aggravé par la gravidit', et il faut une complication comme la broncho-pneumonie pour songer à une terminaison fatale. Fait intéressant bieu que déjà signalé, l'enfant né prématurément, le jour mêmo où l'exanthème apparaissait chez la mère, avait le corps couvert d'une éruption semblable.

Broncho-pneumonie grave chez la mère qui, cependant, se rétablit.

Enfant débile, atteint, à la naissance, d'une conjonctivite double qui semble devoir être rattachée à l'exanthème. Mis en couveuse et gavé, d'abord par le nez, puis par la bouche, il finit par prendre le sein d'uuo nourrice et se développer régulièrement.

46. — **Rhumatisme articulaire et puerpéralité** (en collaboration avec M. Fieux), in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 28 avril 1896.

En s'appuyant sur l'observation très complète et très étudiée qu'ils rapportent et sur deux faits analogues de M. Bar, les auteurs croient pouvoir affirmer que les arthrites purulentes qui surviennent au cours de la puerpéralité ne sont pas toutes liées à l'infection puerpérale banale. Dans la grande majorité des cas, l'arthro-gravidisme doit plutôt être considéré comme un pseudo-rhumatisme infectieux, manifestation spéciale de blennorrhagie.

Au point de vue du traitement, il ne faut point être aussi radical que le veulent certains auteurs et pratiquer systématiquement l'ouverture de l'articulation suppurée, sous prétexte que tout autre traitement est illusoire. La malade chez laquelle M. Bar a constaté du pus a guéri par la simple immobilisation, et celle qui fait l'objet de cette observation, après une immobilisation en gouttière de trente-six jours, est dans un état des plus satisfaisants et exerce son membre à récupérer ses mouvements habituels.

Conclusions : lorsqu'on se trouve en présence d'une arthrite, survenant chez une femme enceinte ou récemment accouchée, on doit rechercher avec soin si le microbe de Neisser ne pourrait pas être mis en cause.

Si l'articulation est fluctuante, faire une ponction capillaire qui renseignera sur la nature du liquide ; ce liquide est purulent plus souvent que le donnent à penser les phénomènes locaux et généraux observés.

Enfin, malgré la présence du pus dans l'articulation, on ne doit pas recourir d'emblée à l'arthrotomie. Il faut s'en tenir d'abord à l'immobilisation. Puis, quand tout phénomène inflammatoire a disparu, on lutte contre l'ankylose par des mouvements provoqués dans une sage mesure.

47. — **Cardiopathie et grossesse,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 23 juillet 1896.

La malade qui fait le sujet de cette observation, enceinte pour la quatrième fois, est atteinte d'une double lésion mitrale.

Première grossesse terminée prématurément au septième mois, mais sans complications.

Deuxième grossesse qui s'interrompt encore au septième mois. Au cours du travail, symptômes d'asystolie qui deviennent inquiétants.

Troisième grossesse. Avortement de quelques semaines.

Enfin, quatrième grossesse troublée, au cinquième mois, par de graves symptômes d'asystolie qui sont heureusement enrayés par les moyens usités en pareille circonstance.

Régime lacté.

Accouchement à terme, sans incident.

48. — **Fœtus momifié,** in *Bulletins et Mémoires de de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 27 octobre 1896.

Fœtus mort au sixième mois de la grossesse, par autocompression du cordon ombilical qui s'est enroulé autour du bras et s'est creusé un sillon profond dans les parties molles. Résorption graduelle du liquide amniotique. Momification du produit.

49. — **Tuberculose et grossesse,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 24 novembre 1896.

J'ai déjà publié l'histoire d'une femme qui, mariée à un tuberculeux, fit successivement huit fausses-couches. Elle devint veuve et se remaria à un homme sain. Enceinte pour la neuvième fois, elle met au monde un enfant vivant et à terme.

Le fait suivant peut encore montrer l'influence de la tuberculose paternelle sur l'évolution de la grossesse. Il s'agit d'un tuberculeux dont la femme a fait successivement quatre fausses-couches. — L'état du mari s'améliore ; il est, à ce moment, l'auteur d'une nouvelle grossesse qui va à terme. Toutefois, l'enfant né vivant a toujours été délicat. — L'évolution de la tuberculose un moment enrayée reprend sa marche. Surviennent alors deux nouvelles grossesses qui, toutes deux, se terminent par des fausses-couches.

50. — **Accouchement spontané à terme dans un bassin rétréci,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux,* 8 décembre 1896.

Femme de 27 ans, enceinte pour la première fois, il y a sept ans. A son entrée à la Maternité, on provoque l'accouchement. Après un travail très long, expulsion d'un enfant de 2,000 grammes qui meurt, le lendemain, de faiblesse congénitale.

Enceinte pour la deuxième fois, elle vient à la Maternité à sept mois et demi de grossesse. Bassin rachitique canaliculé : promonto sous-pubien = 10 cent. Étant donnés l'insuccès

de l'accouchement provoqué lors de la première grossesse et le désir de cette femme d'avoir un enfant sûrement viable, nous décidons d'attendre le terme de la grossesse et de faire, si besoin est, la symphyséotomie. *Accouchement spontané à terme*. L'enfant pèse 2,750 grammes. Très vigoureux, il prend bien le sein et se développe régulièrement.

Ce fait et beaucoup d'autres analogues semblent démontrer que les indications de l'accouchement prématuré provoqué sont bien difficiles à saisir. Je serais de plus en plus porté à penser que, dans les rétrécissements compris entre 8 et 9 centimètres, il vaut mieux attendre le terme de la grossesse. Dans bien des cas, on voit l'accouchement se terminer spontanément. S'il en est autrement, on a la ressource de la symphyséotomie.

51. — **Compte rendu des travaux du Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux** (en collaboration avec MM. Eug. Monod, L. Hirigoyen et W. Binaud), O. Doin, Paris, 1896.

52. — **Des injections de sérum artificiel en obstétrique,** in *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale de France* (Session d'avril 1897).

Les indications des injections de sérum artificiel en obstétrique sont nombreuses; mais la plus impérieuse est l'hémorrhagie.

Les injections peuvent être : 1° intra-veineuses; 2° sous-cutanées; 3° rectales.

L'auteur s'occupe uniquement, pour le moment, de la technique des injections sous-cutanées :

1° Les injections doivent être faites aseptiquement; donc le liquide de l'injection et l'appareil à injecter seront stérilisés;

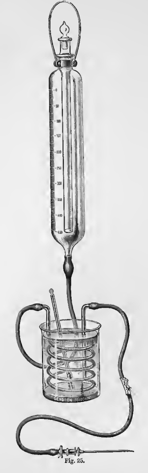


Fig. 25.

2° Les injections doivent être faites assez lentement pour que le liquide soit absorbé au fur et à mesure qu'il est introduit sous la peau. Toute précipitation est inutile, car le liquide injecté n'agit qu'à partir du moment où il passe dans le torrent circulatoire ;

3° Les injections doivent être faites sous une faible pression ;

4° La pression doit être constante pendant toute la durée de l'écoulement ;

5° La température du liquide doit être constante pendant toute la durée de l'écoulement. Donc, vu la lenteur du débit et le refroidissement inévitable qui en résulte, il est nécessaire de réchauffer le liquide.

Le séro-transfuseur figuré ci-avant (fig. 25) répond à ces divers desiderata. C'est un flacon de Mariotte qui est stérilisé plein de sérum, et dans lequel l'air atmosphérique n'agit qu'après avoir été filtré à travers un bouchon d'ouate qui garnit l'orifice supérieur du tube.

En comptant les bulles d'air de remplacement qui, pendant une minute, pénètrent dans l'appareil, il est facile de savoir à quelle hauteur il doit être placé.

Le liquide est maintenu à température constante, grâce à un réchauffoir dont le dispositif est représenté au-dessous. Un thermomètre indique les variations de température.

53. — **Vrai et faux promontoire,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 14 décembre 1897.

Femme de 30 ans, admise à la Maternité le 30 novembre dernier.

Bassin rachitique et légère cyphose lombaire.

Par le toucher, on arrive facilement sur une saillie qui

est prise d'abord pour le promontoire, car elle paraît se continuer de chaque côté avec le bord antérieur de l'aileron du sacrum et la ligne innominée. Cependant, pratiqué plus profondément et plus haut, le toucher permet d'atteindre une autre saillie angulaire qui, elle aussi, semble être le promontoire.

Le diagnostic est véritablement impossible ici, comme dans beaucoup d'autres cas analogues. C'est alors que je songe à utiliser pour le diagnostic les trous sacrés antérieurs qui existent de chaque côté des vertèbres sacrés et non des vertèbres lombaires. Or, il existe un trou sacré de chaque côté de la première saillie angulaire; il s'agit donc là de l'articulation de la première pièce du sacrum avec la seconde, c'est-à-dire d'un faux promontoire. Le vrai promontoire est la saillie angulaire reportée en arrière et en haut par la cyphose.

Les trous sacrés antérieurs ont donc, en l'espèce, une valeur pathognomonique sur laquelle personne n'avait encore appelé l'attention.

54. — **Lit d'accouchements**, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 28 décembre 1897.

Modèle réduit du lit d'accouchements que j'ai fait construire pour la Maternité de Pellegrin (fig. 26). Un chariot mobile, sur deux rails, supporte la parturiente, qui peut être ainsi rapidement amenée sur le bord du lit, dans les cas d'intervention d'urgence. De chaque côté du chariot, existent, en avant, des porte-jambes à inclinaisons variables, qui facilitent les interventions.

Le transport des malades est assuré à l'aide d'un lit roulant, muni de rails comme le lit d'accouchements, de telle

façon que le chariot mobile peut passer aisément de l'un à l'autre (fig. 27 et 28). Les accouchées sont ainsi facilement



Fig. 28.

transportées dans le lit où elles doivent passer leurs suites de couches.

55. — **Appareil de contention et de suspension pour les malades opérées de symphyséotomie**, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 28 décembre 1897.

Cet appareil est représenté par deux sangles superposées,

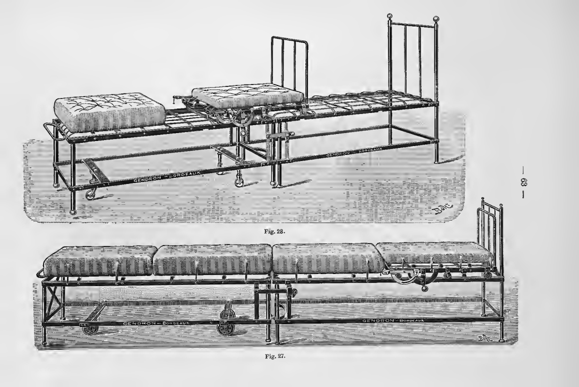

GENDRON - BORDEAUX
GENDRON - BORDEAUX
GENDRON - BORDEAUX
GENDRON - BORDEAUX

Fig. 28.

Fig. 27.

sur lesquelles repose le bassin de l'opérée (fig. 29). De chaque extrémité de la saugle supérieure part une corde ; ces deux

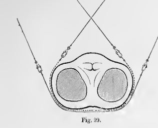


Fig. 29.

cordes se croisent au-dessus du lit et se réfléchissent sur des poulies accrochées au cadre supérieur du lit (fig. 30). En suspendant à ces cordes des poids plus ou moins lourds, on peut, à volonté, augmenter ou diminuer la pression sur les os iliaques, et, par suite, rapprocher les pubis.

Les cordes qui partent des extrémités de la sangle inférieure se réfléchissent aussi sur des poulies accrochées au cadre supérieur du lit, mais sans se croiser préalablement (fig. 29 et 30).

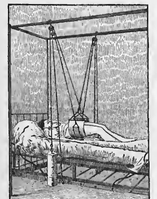


Fig. 30.

Le jeu des cordes est des plus faciles, grâce à une chape renfermant deux poulies situées l'une au-dessous de l'autre, et dont la supérieure a un diamètre un peu plus grand (4 centimètres). Au moyen de ce dispositif, on est véritablement étonné de la facilité avec laquelle on peut mobiliser la malade, sans cesser d'immobiliser le bassin.

La sangle supérieure, qui se moule sur le bassin, comprime celui-ci d'une façon toujours égale, sans recouvrir le plaie pubienne qui peut être surveillée, et sans empiéter sur les organes génitaux externes.

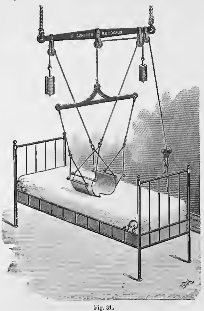


Fig. 31.

Lorsqu'on veut pratiquer des lavages, on soulève la malade à dix centimètres au-dessus du plan du lit, à l'aide de la saugle inférieure à cordes directes, c'est-à-dire sans changer en rien la pression au niveau des ailes iliaques. On fait alors légèrement écarter les jambes et on procède à la toilette vulvaire, au cathétérisme, aux lavages vaginaux, etc., avec autant de facilité que chez une accouchée ordinaire.

Il est encore facile, grâce à un dispositif très simple représenté dans la figure 31, de soulever les malades à l'aide d'une seule corde.

56. — **Bassin coxalgique. — Tuberculose pulmonaire ; hémoptysie foudroyante. — Accouchement artificiel par les voies naturelles ; enfant mort** (en collaboration avec M. Gibert), in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 28 décembre 1897.

Femme de 30 ans, entrée le 11 décembre 1897 à la Maternité. Coxalgie droite à l'âge de 13 ans ; ankylose de l'articulation ; légère flexion du membre sur le bassin.

Enceinte de 8 mois et demi, cette malade est extrêmement affaiblie ; énormes cavernes dans les deux poumons.

Le 26 décembre, hémoptysie entraînant la mort presque immédiate.

Les bruits du cœur du fœtus s'entendent nettement. On décide de faire l'accouchement artificiel par les voies naturelles. La dilatation à l'aide des doigts ne marchant pas assez vite, on pratique deux incisions sur l'orifice externe du col. Application facile de forceps, le sujet étant dans le décubitus latéral, à cause de l'ankylose coxo-fémorale. Bien que l'extraction ne dure pas plus de 8 minutes l'enfant est amené mort.

Au niveau des incisions, les déchirures du col n'ont pas dépassé les limites des culs-de-sac.

Cette observation montre la rapidité avec laquelle l'accouchement artificiel, par les voies naturelles, peut être pratiqué, même dans les cas les plus défavorables, et cela sans s'exposer aux reproches qui s'adressent à l'opération césarienne *post-mortem* immédiate.

57. — **Vomissements graves de la grossesse et pulvérisations de chlorure de méthyle,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 8 février 1898.

Le 13 janvier dernier, je fus mandé dans une ville voisine, à l'effet d'interrompre une grossesse, pour des vomissements dits incoercibles. L'indication formelle de l'avortement provoqué ne me paraissant pas se dégager de l'ensemble des signes présentés par la malade, je me bornai à faire une pulvérisation de chlorure de méthyle sur le trajet du rachis et au creux épigastrique. Dès ce moment, cessation complète des vomissements. C'est là une médication que je suis le premier, je crois, à avoir conseillée, et à laquelle je dois déjà de nombreux succès, dans les cas de vomissements plus ou moins graves de la grossesse.

58. — **La volonté est-elle absolument sans influence sur les contractions utérines du travail,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 8 février 1898.

Mme X..., très pusillanime, est surprise, deux fois de suite, loin de Bordeaux, par la rupture spontanée et préma-

turée des membranes. La première fois, elle déclare au médecin appelé auprès d'elle, en attendant mon arrivée, qu'elle n'accouchera pas sans ma présence. J'arrive le 25 décembre 1896, vingt heures après la rupture de l'œuf. Aussitôt, contractions utérines régulières; au bout de trois heures, tout est terminé.

La seconde fois, 30 janvier 1898, je n'arrive que trente heures après la déchirure de la poche des eaux; Mme X... qui, cependant, a quelques contractions utérines douloureuses, se refuse à envoyer chercher qui que ce soit. Elle affirme ne pas vouloir accoucher avant que je sois auprès d'elle. Dès mon arrivée, le travail commence et se précipite : deux heures après, le fœtus est expulsé.

DEUXIÈME SECTION

Travaux de Gynécologie

59. — **Hématosalpynx; présentation de pièces,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux,* 15 novembre 1889.

La pièce présentée offre deux particularités anatomiques intéressantes. La première c'est que l'ovaire est situé en avant de l'hématome. Ce fait absolument exceptionnel, diagnostiqué avant l'intervention, peut bien avoir été la cause occasionnelle de la maladie, en changeant les rapports normaux des organes. La seconde, c'est que la collection sanguine est située loin de la corne utérine correspondante. Cette circonstance peut expliquer, dans une certaine mesure, l'insuccès du drainage utérin essayé avant la laparotomie.

60. — **Salpyngite purulente et kyste dermoïde suppuré de l'ovaire,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux,* 11 avril 1890.

Difficultés de diagnostic dans ces cas de double tumeur.

Dans le fait actuel, la salpyngite purulente seule fut reconnue; le kyste dermoïde suppuré fut trouvé seulement au cours de la laparotomie. L'auteur a déjà observé un fait absolument semblable.

61. — **Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines,** in *Bulletins et Mémoires de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris,* mai 1891.

Les tiges intra-utérines étaient complètement abandonnées depuis longtemps, parce que les moyens à l'aide desquels on les avait fixées jusqu'à ce jour étaient défectueux et que l'antisepsie était inconnue. L'auteur les remet en honneur.

Pour être inoffensives et efficaces, dit-il, les tiges intra-utérines fixées et maintenues en place sous le couvert de l'asepsie et de l'antisepsie les plus rigoureuses ne doivent gêner en rien la matrice, dans les mouvements physiologiques dont elle est le siège à tout instant et ne léser, en aucune façon, la muqueuse corporelle avec laquelle leur extrémité supérieure est en contact permanent.

Il adopte comme tige un cylindre d'aluminium plein, de 5 millimètres de diamètre et de longueur variable (fig. 32),



Fig. 32.

qui présente, dans le sens de la longueur, quatre cannelures opposées deux à deux et qui, en outre, est percé à son extrémité inférieure d'un canal transversal. Un fil d'argent passé d'un côté à l'autre du col, à travers ce canal, fixe la tige dans l'utérus sans entraver sa mobilité (fig. 33).

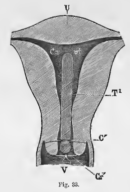


Fig. 33.

Les conclusions de l'auteur reposent sur cinq faits dans lesquels le succès a été complet : deux cas d'atrésie du canal cervico-utérin ; trois cas d'antéflexion congénitale avec endométrite concomitante. Dans l'observation IV, stérilité durant 10 années : première grossesse, quelques mois après l'ablation de la tige.

62. — **De la conduite à tenir dans le cas de rétroflexion brusque de l'utérus non gravide**, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 9 février 1892.

La rétroflexion de l'utérus non gravide survenue brusquement doit être réduite aussitôt, sous le chloroforme. Au point

de vue du traitement consécutif, destiné à assurer la réduction, il ne faut pas perdre de vue deux facteurs qui concourent à produire et à entretenir le déplacement, c'est-à-dire la constipation et la réplétion de la vessie. Il est donc indispensable que les malades vident leur intestin chaque jour et leur vessie toutes les trois heures environ, sous peine de voir le déplacement se reproduire.

63. — **Quelques points de technique du curage de l'utérus,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 10 mai 1892.

Il faut, par une large dilatation, transformer l'utérus en un *vaste doigt de gant*, afin de détruire les inclinaisons qui rendent difficile l'accès de sa cavité et de permettre à la curette de *rifler*, dans ses parties les plus reculées, la muqueuse malade. En outre, grâce à la dilatation ainsi faite, l'indicateur peut, à son aise, explorer la cavité utérine, rectifier ou compléter le diagnostic, apprécier l'épaisseur et la résistance des parois de l'organe.

Le *choix de la curette* est très important. Un instrument à champ d'action limitée est dangereux. Je n'emploie jamais que ma *curette à boucle ronde* (fig. 18) *de diamètre variable*, mais toujours très grand, tranchante sur un de ses bords, et mousse sur l'autre; avec cette curette on peut agir vite et profondément sur les tissus altérés, sans avoir à craindre la perforation.

C'est avec le bord tranchant que je fais le curage. Mais avant d'attaquer la muqueuse dans ses parties profondes, je je commence à entraîner, avec le bord mousse de la boucle, tout ce que je puis détacher. Je *déblaie* ainsi le champ

opératoire et, par ce fait, je me crois en droit d'espérer qu'une perforation, si elle venait à se produire, aurait des conséquences moins graves.

De plus, ma curette est percée dans toute sa longueur d'un canal destiné à conduire sur le champ opératoire, pendant le curage, un courant d'eau stérilisée. C'est là un excellent moyen d'enlever, de suite, de la cavité utérine les lambeaux de muqueuse, au fur et à mesure qu'ils sont détachés.

En cas de perforation, la conduite à tenir doit être différente, selon qu'on se trouve en présence d'un sujet jeune ou âgé, avec des annexes saines ou malades. Quand, l'asepsie étant certaine, l'accident survient chez une femme jeune, dont les annexes sont saines, il faut attendre les événements.

64. — **Hémorrhagie utérine chez les femmes âgées,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 13 décembre 1892.

Observation d'une femme de cinquante-huit ans dont la ménopause remontait à onze ans et qui, depuis quelques mois, était prise de fréquentes métrorrhagies. Utérus petit, mobile, sans altération appréciable à nos moyens cliniques d'investigation. D'autre part, aucune cause générale pouvant expliquer ces hémorrhagies. — Inutilité des préparations d'ergotine et des injections chaudes. — Le curage ne ramène que des débris d'une muqueuse rudimentaire : guérison que le temps à confirmée. Il y aurait donc réellement chez les femmes âgées des métrorrhagies indépendantes de toute lésion grave de l'organe.

65. — **Kyste de l'ovaire à pédicule tordu ; difficultés de diagnostic ; dangers de la ponction exploratrice,** in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 16 juillet 1894.

Kyste à évolution complètement abdominale d'un diagnostic difficile. Les dangers de la ponction exploratrice sont ici mis en évidence, eu égard au nombre et au volume des vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur de la paroi.

66. — **Curage utérin et occlusion intestinale,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 février 1895.

Observation d'occlusion intestinale, survenue huit jours après le curage, sans aucun retentissement utérin ou périutérin.

67. — **Kyste séreux de la glande vulvo-vaginale et instillations de chlorure de zinc,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 février 1895.

Deux observations de kystes séreux de la glande de Bartholin où les instillations d'une solution de chlorure de zinc au 1/10 amenèrent une guérison radicale. Les kystes séreux seuls sont justiciables de ce mode de traitement, ainsi que

cela parait ressortir d'un fait de kyste dermoïde traité sans succès de la même façon et pour lequel l'extirpation fut nécessaire.

68. — **Tiges intra-utérines. — Leurs diverses applications en gynécologie. — Importance du mode de fixation,** in *Compte rendu des travaux du Congrès de Bordeaux, 1895.*

Après avoir rappelé, en quelques mots, les résultats si encourageants qu'il avait obtenus par la fixation dans l'utérus de tiges métalliques, l'auteur, poursuivant ses recherches, montre que le même traitement peut être heureusement appliqué à des troubles variés, à des affections diverses de l'appareil génital. Il range les indications nouvelles des tiges intra-utérines sous les chefs suivants et les appuie sur des résultats statistiques concluants :

1° Règles douloureuses, avec canal cervico-utérin normal, en apparence, quant à son calibre et à sa direction ;

2° Règles douloureuses, avec utérus antéfléchi et enflammé chez des femmes stériles ;

3° Intolérance utérine et avortements répétés ;

4° Métrite et paramétrite ;

5° Endométrite et salpyngo-ovarite.

Si, de l'aveu de tous les gynécologues, les tiges intra-utérines ont rendu et sont appelées à rendre encore de très grands services, il n'en est pas moins vrai que leur mode de fixation laisse encore à désirer et l'auteur s'efforce d'échapper aux reproches qui lui sont adressés de ce chef, en modifiant la technique qu'il avait adoptée en 1891. Si on rapproche les figures 34 et 35 placées ci-dessous de celle qui se trouve dans le mémoire de 1891 (page 71), on comprend facilement les avantages du deuxième mode de fixation.

Pour répondre à une autre objection de bien moindre

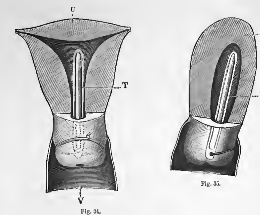


Fig. 34.

Fig. 35.

valeur, l'auteur a fait modifier l'extrémité inférieure de ses tiges pour en faciliter l'extraction (fig. 36).



Fig. 36.

69. — **Epithélioma du corps utérin,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux,* 11 février 1888.

L'auteur montre comment le toucher intra-utérin peut permettre, dans certains cas, de distinguer l'épithélioma du corps utérin d'avec l'endométrite hémorrhagique des femmes âgées et conduire le chirurgien à pratiquer, de bonne heure, une opération radicale qui pourra être curative, alors qu'il n'aurait fait sûrement qu'une opération palliative.

70. — **Origine de l'hymen,** in *Journal de Médecine de Bordeaux,* 15 mars 1896.

Il semble que l'opinion de M. Budin sur l'origine vaginale de l'hymen ne doivent pas être acceptée sans réserves. Des arguments d'ordre anatomique et clinique paraissent militer, au contraire, en faveur de l'origine vulvaire de l'hymen. Le fait suivant paraît venir à l'appui de cette dernière interprétation. Il y a quelques jours, j'avais dans mon service de la Maternité, une femme présentant deux orifices hyménéaux : l'un, donnait accès dans un vagin normal ; l'autre, placé à côté du précédent, donnait accès dans un conduit terminé en cul-de-sac, à deux centimètres de profondeur.

L'examen au miscroscope d'un lambeau de l'hymen pris sur chacun des orifices montre que leur constitution histologique est absolument identique.

Il est donc bien difficile d'admettre ici que l'hymen soit la terminaison inférieure du canal vaginal, puisque l'un des vagins fait défaut dans sa partie supérieure.

TROISIÈME SECTION

Travaux de Pædiatrie

71. — **Un cas de céphalæmatone double avec épanchement sanguin sous-épicrânien,** in *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1881.

A l'occasion de ce fait relativement rare, l'auteur s'attache à établir le diagnostic différentiel des diverses tumeurs qui peuvent exister sur la tête du fœtus, à la naissance ou dans les jours qui suivent. Il termine par l'étude du traitement qu'il convient d'appliquer aux tumeurs sanguines.

72. — **De la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre,** in *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 5 avril 1887.

Dystocie fœtale, due à la distension de la vessie.

La poitrine du fœtus ayant été ouverte largement, nous déchirons le diaphragme avec l'indicateur. Une poche manifestement fluctuante vient alors faire hernie à travers cette

déchirure. Après avoir inutilement essayé de l'entamer par le grattage, nous l'ouvrons d'un coup de ciseaux et immédiatement il s'en échappe un flot de liquide à peine coloré. La partie inférieure du tronc du fœtus ainsi réduite dans son volume est expulsée aussitôt.

Suites de couches normales.

Examen de la pièce. — 1° On ne trouve rien d'anormal du côté des reins, des bassinets ou des uretères qui ne sont distendus, en aucun point de leur trajet.

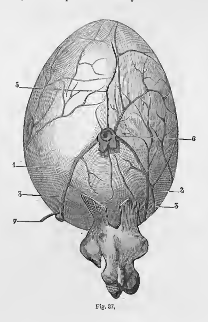


Fig. 37.

2° Si on place une ligature sur l'un des uretères et qu'on insufle la vessie par l'uretère du côté opposé, l'air s'échappe par le méat urinaire.

3° Si, dans les mêmes conditions, on remplace l'air par l'eau et qu'on pousse l'injection jusqu'à réplétion de l'organe (1,750 centimètres cubes,) le liquide s'écoule doucement par le canal de l'urèthre, sans entraîner le moindre bouchon muqueux.

4° Enfin, si l'on pratique le cathétérisme, à l'aide d'une bougie en gomme de deux millimètres de diamètre, on pénètre dans la vessie avec la plus grande facilité. Le canal de

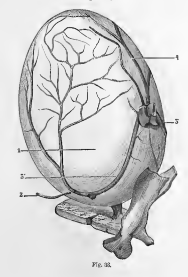


Fig. 33.

l'urèthre est libre d'un bout à l'autre ; il n'y a point d'obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine.

Cette rétention d'urine avec perméabilité du canal de l'urèthre demandait à être expliquée. A ce point de vue, certaines particularités anatomiques sont intéressantes à noter :

1° L'ouraque a subi un déplacement dû à la dilatation de la paroi postéro-supérieure de l'organe, ainsi que le montrent les figures ci-dessous.

2° La moitié droite de l'organe est manifestement plus dilatée que la moitié gauche et cette irrégularité de développement est bien mise en évidence dans la figure 37. Au même niveau, la couche musculaire est moins épaisse, non seulement à cause de la distension plus grande de cette por-

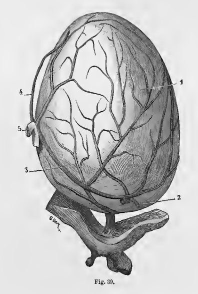


Fig. 39.

tion de la vessie, mais encore par suite de la rareté et de l'atrophie des fibres musculaires. Enfin, du même côté, la circulation laisse beaucoup à désirer. L'injection des vaisseaux permet de constater que tout un territoire de l'organe, le tiers environ de la face latérale droite, ne s'est pas laissé pénétrer. A ce niveau, en effet, les artérioles sont complètement oblitérées et transformées en cordons fibreux. Il suffit d'examiner comparativement les figures 38 et 39 pour apprécier cette inégalité dans la distribution des vaisseaux.

Aucune malformation des organes génitaux.

En altérant l'intégrité fonctionnelle de l'organe, ces anomalies pourraient bien n'être pas étrangères à l'accumulation de l'urine dans la vessie.

Conséquence, au point de vue clinique : si le fœtus est vivant, c'est à la ponction capillaire qu'il faut avoir recours.

Fait unique à notre connaissance.

73. — **Ascaride lombricoïde chez un enfant de neuf mois**, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 31 octobre 1890.

Fait rare, mais qui s'explique par ce fait que l'enfant en question prenait, depuis deux mois, du lait de vache additionné d'eau.

74. — **Du rôle de la consanguinité dans la production des malformations congénitales**, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 avril 1892.

Si l'hérédité joue un rôle incontestable dans la production

des malformations congénitales, j'estime que l'influence de la consanguinité ne saurait non plus être méconnue, ainsi qu'il semble ressortir, en particulier, de quelques faits d'ectrodactylie que j'ai observés.

75. — **Recherches de chimie biologique sur le sang du fœtus : capacité respiratoire et dosage de l'urée** (en collaboration avec M. le Prof. Jolyet), in *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, juillet 1892.

Dix-sept observations divisées en deux catégories, selon que le fœtus est *à terme* ou *avant terme*.

Douze fœtus *à terme* du poids moyen de 3,487 grammes, ont une capacité respiratoire moyenne de 17,49. Ici un fait intéressant : sur ces 12 fœtus, 2 sont jumeaux, du même sexe (masculin), pèsent le même poids, 3,400 grammes, et ont la même capacité respiratoire 18,2. Notons encore que, parmi ces fœtus, aucun ne pesait moins de 3,000 grammes et aucun plus de 4,500 grammes. Leur capacité respiratoire n'a jamais été supérieure à 18,9 et jamais inférieure à 16, sauf dans un cas où elle n'a été que de 13,4, sans que nous ayons pu trouver une explication plausible à cet abaissement exceptionnel.

Cinq fœtus *avant terme*. Recherches semblables d'où il paraîtrait résulter que la capacité respiratoire est en rapport avec l'âge et le poids des fœtus.

Le dosage de l'urée nous a conduits aux résultats suivants :

Le sang de neuf fœtus *à terme*, du poids moyen de 3,422 grammes, renferme, en moyenne, 0 gr. 0285 °/₀ d'urée.

Nous avons vu que les jumeaux du même sexe et du même poids avaient la même capacité respiratoire. Il est tout aussi

intéressant de noter que leur sang renfermait la même quantité d'urée : 0 gr. 0155 °/₀. Ces observations, pas plus que celles qui ont été faites chez des fœtus *avant terme*, ne nous permettent point d'établir un rapport quelconque, eu égard à l'âge et au poids des sujets. Au contraire, il existe des différences à peu près inexplicables, si on n'admet pas une relation dans la constitution du sang, de l'urine et du liquide amniotique. C'est là un point que nous nous proposons d'éclaircir par des recherches ultérieures.

76. — **Traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 11 octobre 1892.

L'instillation d'une solution antiseptique quelconque ne doit pas être faite systématiquement, à titre de traitement prophylatique, dans les yeux de tous les enfants nouveau-nés. Il faut surtout faire de l'autisepsie maternelle.

Pendant les quinze derniers jours de la grossesse environ, je fais prendre tous les deux jours et alternativement, un bain tantôt avec du sous-carbonate de soude, tantôt avec du sublimé. De même, je fais faire, chaque jour, des savonnages et des lavages de la vulve et du vagin avec de la liqueur de Van Swieten. Pour l'enfant, je m'en tiens à l'essuyage des paupières et ne fais d'instillations argentiques que si les mères n'ont pu être soumises aux soins antiseptiques sus-indiqués.

77. — **Hémorrhagie ombilicale dyscrasique. Ligature élastique en masse, guérison,** in *Bulletins*

et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux, 10 janvier 1893.

Hémorrhagie ombilicale dyscrasique grave, à l'occasion de laquelle j'ai eu recours à un procédé d'hémostase qui mérite d'être décrit. Je rappellerai d'abord que la mère de cet enfant a perdu ses deux premiers nés d'hémorrhagie ombilicale, malgré l'emploi de tous les moyens connus auxquels eurent recours les médecins qui furent appelés à leur donner des soins.

Consulté peu après, je prescris aux parents un traitement tonique et reconstituant.

Troisième grossesse, accouchement à terme d'un enfant chez lequel l'élimination du cordon se fait régulièrement.

Quatrième grossesse qui, comme la précédente, se termine sans incident.

Cinquième grossesse. Accouchement à terme. Le 4e jour, léger suintement sanguin, au niveau du sillon d'élimination; le 5e jour, augmentation de l'écoulement que rien ne peut maîtriser; le 6e jour, véritable hémorrhagie qui va mettre en danger les jours de l'enfant.

C'est alors que je mets à exécution le procédé d'hémostase depuis longtemps arrêté dans mon esprit, importante modification du procédé d'Émile Dubois qui n'avait donné à Paul Dubois et à Depaul que des revers.

Description du procédé. — Après avoir soigneusement nettoyé au sublimé toute la région ombilicale et sectionné, au ras de l'anneau, le cordon non encore détaché, je passai transversalement cinq épingles stérilisées, en les distribuant ainsi que je vais dire : la première fut placée un peu au-dessus du bourrelet qui limite la dépression ombilicale; les trois suivantes passèrent, comme un pont, au-dessus de la dépression; la cinquième traversa les tissus un peu au-dessous du bourrelet péri-ombilical. Cela fait, je pus, à l'aide d'un fil élastique que je passai sous les têtes et les pointes des

épingles, au niveau de leur point d'entrée et de sortie, circonscrire toute la région ombilicale et fermer, comme une bourse, non seulement la dépression qui donnait du sang, mais aussi, chose importante dans le cas particulier, le trajet des épingles. J'avais, de cette façon, constitué un ombilic artificiel, rétractile, qui s'opposerait sûrement à tout écoulement sanguin et permettrait l'achèvement sans péril de la rétraction de l'anneau ombilical anatomique.

L'hémorrhagie s'arrêta, en effet. Au bout de cinq jours, les tissus compris dans la ligature élastique s'éliminèrent et laissèrent, à leur place, une plaie vive de cinq centimètres de diamètre environ, au fond de laquelle on distinguait l'anneau ombilical complètement rétracté. Douze jours plus tard, il n'existe, au niveau de l'ombilic, qu'une petite ulcération lenticulaire qui finit aussi par disparaître. Dès lors plus la moindre trace d'ombilic sur la paroi abdominale.

78. — **Vaste épanchement sanguin remplissant tout l'espace sous-épicrânien chez un enfant de six mois**, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 11 juillet 1893.

Il s'agit d'un enfant de six mois qui, à la naissance, faillit mourir d'hémorrhagie dyscrasique du cordon ombilical et qui, depuis, a eu de nombreuses épistaxis et des infiltrations sanguines sous-cutanées à la moindre pression, au moindre choc.

Un jour, des genoux de sa nourrice, il tombe à terre. Sa bosse frontale gauche heurte le sol et aussitôt apparaît, en ce point, une bosse sanguine du diamètre d'une pièce d'un franc, qui semblait avoir pour siège le tissu cellulaire sous-cutané.

Bientôt après, commence à se former, au-dessous de cette bosse sanguine, une tumeur nettement fluctuante qui envahit rapidement les régions frontale, temporo-pariétales et occipitale : le lendemain, tout le crâne était recouvert d'une masse liquide, mobile en totalité sur les os du crâne. Les limites do cette tumeur n'étaient autres que celles de la région épicrânienne fixée par Richet, c'est-à-dire la limite d'insertion de la couche fibro-musculaire constituée par le muscle occipito-frontal et l'aponévrose épicrânienne. Par suite, on était en droit de penser que le sang était accumulé entre le périoste et l'épicrâne, dans l'espace occupé par le tissu cellulaire lâche qui sépare ces deux plans.

Paul Dubois a vu, au cours de sa longue carrière, quelques cas de bosses sanguines sous-épicraniennes ; j'en ai moi-même rapporté un exemple en 1881. Mais Malgaigne seul a observé un épanchement sanguin à peu près semblable à celui-ci chez un enfant scorbutique.

Au fur et à mesure que se faisait l'épanchement chez mon petit malade, les téguments so décoloraient, le pouls devenait de plus en plus petit, au point de n'être plus perceptible. En même temps, cris déchirants, vomissements incessants.

La tête déformée par l'épanchement rappelait exactement celle des hydrocéphales. L'exploration était fort douloureuse et l'épaisseur de la couche de sang épanché ne permettait pas aux doigts de percevoir la résistance caractéristique des os du crâne.

Comme traitement, la tête est coiffée d'une calotte faite de tube de caoutchouc dans lequel circule constamment de l'eau à 8° centigrades ; le tronc est entouré de boules d'eau chaude. Lait maternel donné à la cuiller, par le nez.

L'épanchement reste stationnaire pendant huit jours. A partir de ce moment, résorption graduelle. Disparition complète, un mois plus tard.

Depuis, cet enfant s'est développé régulièrement, mais il saigne à la moindre occasion, c'est un hémophilique.

79. — **Malformation thoracique congénitale et latéro-flexion forcée de la tête sur l'épaule. — Troubles respiratoires ; mort 12 heures après la naissance,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 10 décembre 1895.

L'examen cadavérique révèle les particularités suivantes : La région carotidienne gauche porte les traces d'une forte compression, exercée par le moignon de l'épaule sur laquelle la tête est inclinée au maximum. Le tissu cellulaire entourant le paquet vasculo-nerveux carotidien est infiltré de sérosité rougeâtre.

La cage thoracique est déformée. Le sternum est déjeté à droite et les trois premières côtes sont soudées entre elles, dans leur partie moyenne. A l'union de plusieurs côtes et du cartilage costal correspondant se trouvent de petites nodosités. La soudure des côtes, quoique complète, montre néanmoins une indication de séparation primitive. Il est donc probable que cette fusion n'est pas le fait d'une vraie division des lames costales mésodermiques, mais qu'elle résulte d'un rapprochement ultérieur survenu au cours du développement de ces lames. Cette hypothèse semble d'autant plus admissible, qu'il existe une incurvation de la colonne vertébrale du côté soudé. Ces lésions paraissent être d'origine rachitique.

Quant à la cause de la mort, elle est très difficile à établir. La symphyse costale n'a joué qu'un rôle très secondaire, eu égard à son siège et au type abdominal de la respiration fœtale ; il reste la compression du pneumo-gastrique, peu admissible, si on songe aux conditions dans lesquelles est mort cet enfant. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une thrombose constatée dans la veine jugulaire et se continuant jusque dans la veine cave.

80. — **Luxation congénitale incomplète des genoux,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 11 février 1896.

L'auteur présente un enfant atteint d'une difformité relativement rare, d'une double luxation des genoux. Toutefois le déplacement qui s'est fait en avant est incomplet. L'existence de la rotule, très nette du côté droit, est douteuse du côté gauche.

81. — **Monstre ectromélien hémimèle,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 11 février 1896.

Il s'agit d'un enfant qui présente un arrêt de développement de la main droite. Les os de l'avant-bras semblent exister, et ce segment du membre supérieur se termine par cinq petits tubercules dont le plus volumineux occuperait la place du premier métacarpien et des os du pouce. Pas de trace de syphilis chez les parents.

82. — **Imperforation œsophagienne et communication de l'œsophage avec la trachée chez un nouveau-né,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 12 mai 1896.

Après avoir rappelé l'observation qui sert de point de départ à cette étude et avoir montré comment la communi-

cation trachéo-œsophagienne avait pu être cliniquement pressentie, l'auteur donne une explication de la malformation, basée sur l'embryologie.

On sait quo primitivement, la trachéo et l'œsophage sont représentés par un canal unique, l'intestin pharyngien. En arrière de l'ébauche impaire de la glande thyroïde se forme, de chaque côté de l'intestin pharyngien, un sillon de séparation et un bourrelet latéral qui, progressant vers son congénère, finit par se souder avec lui, séparant, dès lors, le tube pharyngien en deux tubes secondaires : un postérieur, situé au-devant de la colonne vertébrale, c'est l'œsophage ; un antérieur, s'ouvrant en haut dans le premier (carrefour pharyngien), c'est la trachée.

Voilà le développement normal ; c'est ainsi qu'il s'est effectué en Œ 1 (fig. 40). Mais que les deux bourrelets latéraux qui prennent naissance sur les côtés du tube pharyngien se développent incomplètement, qu'ils n'arrivent pas au contact, la portion antérieure et la portion postérieure de l'intestin pharyngien, c'est-à-dire la trachée et l'œsophage, communiqueront. Tel est le fait rapporté par Pinard où « à la partie supérieure de l'œsophage, on trouve une fissure de la paroi antérieure de cet organe, fissure qui, partant de l'orifice sous-glottique, mesurait trois centimètres de longueur et établissait une large communication entre la trachée et l'œsophage. Les bords de la solution de continuité arrivaient presque au contact l'un de l'autre et la muqueuse œsophagienne se continuait avec la muqueuse de la trachée. »

Dans le cas actuel, la communication de l'œsophage avec la trachée n'a pas eu lieu au même niveau, ni sur une aussi grande étendue, mais elle n'en reconnait pas moins la même cause : défaut de soudure entre les deux bourrelets latéraux qui partent des côtés du tube pharyngien Œ 3 (fig. 40 et 41).

Le sillon de séparation du tube pharyngien peut enfin se produire tout à fait vers sa partie postérieure, au lieu de se faire dans sa partie moyenne; alors, la portion œsophagienne sera réduite d'autant. Elle pourra n'être plus repré-

sentée que par un cordon plein, dans lequel il n'y aura même pas trace d'épithélium, si la constriction, déviée au maximum, n'a intéressé qu'une portion de la paroi du tube pharyngien. C'est ce qui s'est produit en Œ 2 (fig. 40 et 41), où nous avons un cordon plein, sans épithélium, mais formé par des fibres conjonctives, musculaires lisses et striées (fig. 42), en un mot, par une partie des éléments constitutifs de la paroi œsophagienne, éléments qui se retrouvent également dans la paroi du tube pharyngien. Il semble donc évident que ce cordon plein n'est qu'une portion isolée de la paroi pharyngienne primitive.

Vue d'ensemble de la pièce et, à droite, sections correspondant aux différents niveaux Œ 1, Œ 2, Œ 3.

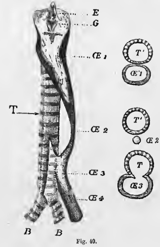


Fig. 40.

E. Épiglotte. — G. Glotte — T. Trachée. — B B. Bronches. — Œ 1. Œsophage. — Œ 2. Portion moyenne de l'œsophage transformée en un cordon plein. — Œ 3. Point où l'œsophage communique avec la trachée. — Œ 4. Portion inférieure de l'œsophage.

Enfin, il peut arriver qu'aucune séparation, qu'aucun cloisonnement ne se fasse dans le tube pharyngien. Alors, l'œsophage fera complètement défaut dans une portion variable de son étendue. Telle est l'interprétation à donner d'un fait rapporté par Boisvert. L'absence de toute trace d'œsophage, dans une portion de sa longueur, est moins fréquente que la transformation de ce canal en un cordon plein. Eyquem (thèse de Paris, 1875) rapporte plusieurs exemples de cette malformation, et l'attribue à un rétrécissement congénital poussé à l'extrême, tentative d'explication qui n'explique rien.

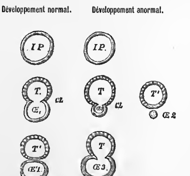


Fig. 41.

I P. Intestin pharyngien qui se divise en deux parties : l'antérieure T donnera la trachée, la postérieure Œ 1 donnera l'œsophage. — C L. Étranglement et cloison séparant l'intestin pharyngien I P en trachée T et œsophage Œ 1.

Coupe histologique du cordon plein Œ 2.

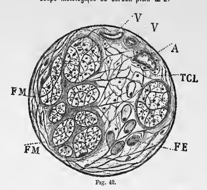


Fig. 42.

V V Veines. — A. Artères. — T C L. Tissu conjonctif lâche — F E. Fibres élastiques — F M. Faisceaux musculaires (fibres striées, quelques-unes lisses). — Çà et là tissu muqueux.

QUATRIÈME SECTION

Travaux Divers

83. — **Névrome du saphène externe; résection; guérison,** in *Gazette Médicale de Bordeaux*, 1876.

84. — **De la cure du phimosis par la circoncision,** in *Province Médicale de Bordeaux*, 1877.

85. — **Un cas d'empoisonnement cuprique par l'extrait mou de quinquina,** in *Bulletins de la Société d'Hygiène publique de Bordeaux*, 29 juin 1881.

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer deux malades atteints de troubles gastriques, dont l'aggravation lui semblait liée à l'ingestion de doses croissantes d'extrait mou de quinquina, et ayant remarqué que cet extrait venait, dans les deux cas, de l'officine du même pharmacien, eut la pensée

de faire analyser ce produit. M. le professeur Blarez trouva 11 milligrammes de cuivre métallique par gramme d'extrait. Or, celle des malades qui fut le plus souffrante prenait 8 grammes d'extrait par jour, et introduisait ainsi dans son estomac, dans le même temps, 88 milligrammes de cuivre métallique.

Si on se rapporte aux ouvrages qui servent de guide aux pharmaciens dans la préparation des médicaments et, en particulier, de l'extrait mou de quinquina, il vient immédiatement à la pensée que cette introduction du cuivre dans le médicament peut tenir à un vice de préparation.

En effet, on obtient d'habitude l'extrait mou de quinquina de deux façons : 1° on traite le quinquina par l'eau (Codex); 2° par l'alcool à 56°, comme le conseille M. Blondeau.

Par ce dernier procédé adopté par le codex, on obtient une plus grande quantité d'extrait fort riche en alcaloïdes.

Mais, M. Mouchon, trouvant les moyens employés pour épuiser le quinquina tout à fait insuffisants, a proposé de faire intervenir un acide, l'acide chlorhydrique, dans la dernière décoction et dans la proportion de 1/50, ou mieux Q. S., pour neutraliser les alcaloïdes. L'expérience lui a prouvé que l'on obtenait ainsi une plus forte quantité d'extrait, quantité d'autant plus forte que la dose d'acide employée était plus élevée. C'est ainsi que M. Mouchon a pu retirer 370 grammes d'extrait par kilogramme de quinquina Calisaya. Ce rendement est énorme; il est, au moins, une fois plus considérable que celui que l'on obtient en épuisant le quinquina par l'eau (1).

Je considérai, *à priori*, ce mode de préparation comme vicieux, car l'acide chlorhydrique en excès devait fatalement attaquer les bassines de cuivre dont on se sert dans les laboratoires et dont s'était servi l'auteur de l'extrait incriminé. Pour m'assurer que les choses se passaient réellement comme je l'avais supposé, j'ai fait préparer de l'extrait de

(1) Dorvault, l'*Officine*, page 487.

quinquina en suivant les indications de M. Monchon, et j'ai obtenu un produit dans lequel il y a 15 milligrammes de cuivre métallique par gramme d'extrait. Il suffit d'y plonger une lame d'acier bien décapée pour qu'elle se recouvre en quelques instants d'une épaisse couche de cuivre.

Il est donc dangereux de dire aux pharmaciens : « plus vous mettrez d'acide chlorhydrique plus vous aurez d'extrait, » si on ne leur recommande pas, en même temps, de faire leur préparation dans un récipient qui ne se laisse point attaquer par l'acide chlorhydrique.

86. — **De l'intoxication par le plomb chez les ouvriers employés au chanfreinage et au montage des tôles et cornières dans la construction des navires,** in *Revue sanitaire de la Province*, 25 janvier 1889.

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer à la consultation générale de l'Hôpital Saint-André des accidents d'intoxication par le plomb, chez des ouvriers employés à chanfreiner et à monter des tôles et cornières, s'est transporté aux chantiers de la Gironde où travaillaient ces ouvriers et il a pu saisir, sur le fait, un mode d'intoxication professionnelle par le plomb, non encore décrit.

Pour obtenir l'étanchéité absolue entre des tôles rivées l'une à l'autre ou bien entre une tôle et une cornière, on interpose une toile métallique enduite sur ses deux faces d'un mastic composé d'huile, de céruse et surtout de minium.

Lorsque ce mastic est sec, il se désagrège et tombe en fine poussière, sous l'influence des coups que l'ouvrier porte sur son burin pour chanfreiner et sur son ciseau mousse pour mater l'arête du chanfrein.

L'auteur a cru pouvoir établir une relation entre la rapidité de l'intoxication et la situation prise par l'ouvrier pendant

qu'il travaille. S'il travaille la face en haut, sur un plafond, les poussières tombent naturellement dans la bouche et les narines. Au contraire, s'il travaille de face, contre une cloison, les accidents sont plus lents à se produire. Aucun fait n'autorise à penser que l'intoxication puisse se produire, par ce mécanisme, chez les ouvriers travaillant la face en bas, sur les planchers. Il résulte de l'enquête faite par l'auteur que les ouvriers étaient d'autant plus sûrement empoisonnés que, ne maniant pas de sels de plomb, ils ne pouvaient leur rapporter les accidents dont ils souffraient. Au contraire, les ouvriers employés à la préparation du mastic prenaient les précautions usitées en pareille circonstance.

Sur les observations de l'auteur, l'administration s'est émue de ces faits et y a porté un remède relatif en ne laissant pas trop longtemps les mêmes ouvriers employés à ce travail.

Peut-être, pour rendre la préservation plus efficace, aurait-on pu faire porter aux ouvriers un masque analogue au masque d'escrime, mais à treillage fin et enduit d'une substance gommeuse, capable de retenir les poussières résultant de la cassure du mastic.

87. — **Imprégnation des tiges de laminaire par une solution d'éther iodoformé à saturation,** in *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 15 mars 1889.

88. — **Réfection de la Maternité de Pélegrin,** in *Compte rendu annuel de la Commission administrative*

des Hôpitaux et Hospices civils de Bordeaux, 1897, et « Le fonctionnement de la nouvelle Maternité de Bordeaux » **(Service de M. Lefour),** *par* G. Fieux.

A consulter le plan ci-contre et la légende qui l'accompagne.

MATERNITÉ DE PELEGRIN

PREMIER ÉTAGE

REZ-DE-CHAUSSÉE

Echelle de 0.005 p.m.

LÉGENDE

1 à **7**. — Chambres d'isolement.
8. — Salle d'opérations pour cas spéciaux.
9. — Salle des lavages obstétricaux.
10. — Tisaneries.
11. — Escaliers.
12. — Salle d'examens obstétricaux.
13. — Bains.
14. — Salle d'accouchements.
15. — Salle d'opérations.
16 et **16**bis. — Chirurgien en chef (cabinet et chambre à coucher).
17. — Laboratoire.
18. — Photographie.
19. — Interne.
20 et **20**bis. — Maîtresses sages-femmes.
21. — Salle de garde.
22. — Ascenseur.
23. — Sœurs.
24. — Entrées.
25. — Parloir.
26. — Lampisterie.
27. — Escaliers de cave.
28. — Trémies pour le linge sale.
29. — Salles d'accouchées.
30. — Salle des couveuses.
31. — Salle de change et de pesage.
32. — Fonts baptismaux.

LÉGENDE *(Suite)*

33. — Chapelle.
34. — Sacristie.
35. — Couloirs.
36. — Dégagements.
A. — Ascenseur.
a — Armoire à linge.
B. — Baignoires des femmes.
b. — id. des enfants.
C. — Couveuses.
F. — Fourneaux avec sèche-linge.
G. — Sèche-linge au gaz.
g. — Appareils à gaz.
I. — Stérilisateur d'instruments.
L. — Lavabos et eau de source.
P. — Montée de l'eau de source.
p. — Poste d'eau.
S. — Stérilisateur Geneste et Herscher.
s. — Lavabos et eau stérilisée.
T. — Téléphone.
t. — Table.
V. — Grands vidoirs.
v. — Vidoirs de salle.
W C. — Water-closets.

CINQUIÈME SECTION

Instruments et Appareils

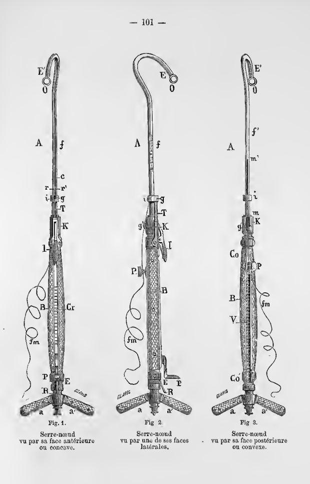


Fig. 1.
Serre-nœud
vu par sa face antérieure
ou concave.

Fig 2.
Serre-nœud
vu par une de ses faces
latérales.

Fig 3.
Serre-nœud
vu par sa face postérieure
ou convexe.

A. — Description de l'appareil que j'ai construit pour pratiquer la rachitomie à l'aide de la constriction métallique.

Cet instrument se compose de deux parties bien distinctes : 1° l'une A (fig. 1, 2, 3, 4), destinée à loger le fil constricteur ; 2° l'autre B (fig. 1, 2, 3, 4), renfermant le mécanisme du serre-nœud ; ces deux parties sont solidement unies l'une à l'autre par un ajutage K (fig. 1, 2, 3, 4). La longueur totale de l'instrument est de 48 centimètres. La partie A, recourbée en forme de crochet à sa partie supérieure, consiste en une tige d'acier aplatie d'un côté à l'autre et creusée sur sa face antérieure d'une cannelure profonde. Les bords de cette cannelure c (fig. 1) présentent, en dedans, une rainure $r\ r'$ (fig. 1), servant de coulisse, dans laquelle peut s'insinuer une feuille de ressort R (fig. 1 et 2). Cette feuille de ressort, glissant d'une extrémité E à l'autre extrémité E' de l'instrument, permet de transformer en un véritable tube la gouttière métallique A.

Cette portion A de l'instrument, longue de 22 centimètres, est rectiligne sur une étendue de 17 centimètres à partir de l'ajutage K. A ce niveau, elle s'infléchit légèrement en arrière, pour se porter ensuite fortement en avant et se recourber, ainsi que je l'ai dit, en forme de crochet. La distance qui existe entre l'extrémité du crochet et le point d'inflexion en arrière dont je viens de parler, est de 35 millimètres. La hauteur de la courbe, représentée par la perpendiculaire abaissée du sommet de cette courbe sur le milieu de la ligne qui mesure la distance précédente, est de 38 millimètres.

A la partie postérieure et inférieure de cette même portion A, il existe, sur une longueur de 65 millimètres à partir de l'ajutage K, une mortaise $m\ m'$ (fig. 3 et 4) ouvrant

l'instrument de part en part en ce point, lorsque la feuille de ressort est enlevée.

La portion *B* de l'instrument, longue de 21 centimètres à partir de l'ajutage *K*, est uu tube en acier long de 16 centimètres et servant de manche à l'instrument. Ce tube en acier renferme une vis *V* (fig. 3) dont la rotation, commandée par deux ailettes *a a'* (fig. 1, 2, 3 et 4), fait avancer ou reculer, à volonté, dans une coulisse *Co Co'* (fig. 3) située à la partie postérieure du manche, un étau destiné à retenir entre ses mors les deux chefs du fil constricteur *fm fm'* (fig. 4).

A la partie antérieure du manche, il existe également une coulisse semblable à la précédente, dans laquelle se meut de bas en haut et de haut en bas, à volonté, une tige rectangulaire *T* (fig. 1, 2, 3 et 4), exactement appliquée sur la face plane de l'instrument. Cette tige, actionnée par une poussette qui se trouve à son extrémité inférieure, se termine, à sa partie supérireure, par un anneau mousse *i* (fig. 1, 2, 3 et 4) qui embrasse la portiou *A* de l'instrument. Lisse dans sa moitié supérieure, elle présente, dans sa moitié inférieure, une crémaillère *Cr* (fig. 1 et 4) dont les dents peuvent s'encliqueter avec un linguet *l* (fig. 1, 2 et 4) qui empêche automatiquement son retrait, lorsqu'elle a été poussée plus ou moins haut.

B. — Manuel opératoire.

La rachitomie, à l'aide de mon décollateur, est d'une très grande simplicité. Quelle que soit l'épaule qui se présente, quelle que soit la position occupée par cette épaule, l'opération se fera en trois temps : 1° application du crochet sur le col du fœtus ; 2° fixation des deux chefs du fil constricteur entre les deux mors de l'étau ; 3° étrécissement de l'anse métallique.

Nous allons esquisser successivement chacun de ces temps, afin de montrer le jeu des différentes pièces de l'instrument.

Pour que l'exposition soit plus précise et plus claire, je supposerai toujours le fœtus placé en acromio-iliaque gauche de l'épaule droite.

Premier temps. — Le premier temps consiste dans l'application du crochet sur le col fœtal. Pour atteindre ce but aussi aisément que possible, il importe que l'épaule qui se présente déjà plus ou moins profondément engagée, le soit fortement. Cet abaissement s'obtient à l'aide de tractions exercées avec mesure sur le bras correspondant, spontanément ou artificiellement défléchi.

Lorsque le cou du fœtus a été ainsi rendu accessible, il faut éviter que cette région ne remonte, sous l'influence des manœuvres auxquelles l'opérateur doit avoir recours pour appliquer l'instrument. Aussi, est-il sage de placer sur le bras défléchi un lacs que l'on confie à l'une des personnes présentes, quelle qu'elle soit, en lui recommandant de le tendre constamment dans la direction qui lui est indiquée : le bras défléchi doit toujours être porté du côté opposé à celui où se trouve la tête fœtale ; dans l'exemple choisi, c'est donc dans la direction de la cuisse droite de la patiente qu'il faut attirer le bras prolabé.

Suivant alors avec l'index et le médius de la main gauche la face externe du bras ainsi tendu, on arrive sur le moignon de l'épaule, sur l'acromion. Là, le guide le plus sûr m'a toujours semblé être la clavicule. En effet, si l'on suit cet os jusqu'au niveau de son extrémité interne, il suffit de porter les doigts explorateurs directement en haut, pour atteindre le sillon résultant de la flexion forcée de la tête fœtale sur le plan latéral opposé à celui qui se présente. Placés aussi profondément qu'on le pourra dans ce sillon, les doigts serviront de protecteur aux parties maternelles, de guide au bec du crochet et, par suite, aideront puissamment à l'application régulière de l'instrument. A ce moment, le serre-nœud armé préalablement du fil constricteur, ainsi que le montre la figure 1, est saisi, à pleines mains, au

niveau du manche, en ayant soin que le bec du crochet regarde du côté droit de la patiente et soit exactement en rapport avec la face palmaire des doigts de la main gauche. Il est ainsi conduit à plat, derrière la symphyse et la branche horizontale du pubis, en le dirigeant en haut et en arrière, jusqu'à ce que le bec du crochet soit arrivé au niveau du sillon cervical, résultant de la flexion de la tête fœtale sur le tronc. La main droite imprime alors à l'instrument un mouvement de rotation sur son axe longitudinal, de façon à porter le bec du crochet directement en arrière. Ce mouvement est facilité, complété, corrigé, au besoin, par la main gauche, qui remplit ici à peu près le même office que lorsqu'il s'agit de porter la branche droite du forceps au niveau de l'éminence iléo-pectinée du côté droit, dans une occipito-iliaque gauche antérieure, par exemple.

Il suffit alors de relever le manche de l'instrument et de tirer sur lui en bas et en avant, pour que le crochet embrasse étroitement le col fœtal; le relèvement du manche a de plus pour résultat de rendre le bec du crochet plus accessible aux doigts chargés de saisir et d'entraîner le fil constricteur.

Deuxième temps. — Le deuxième temps consiste dans la fixation des deux chefs du fil constricteur entre les mors de l'étau. Lorsque les divers mouvements nécessités par l'application du crochet ont été régulièrement exécutés, et que l'opérateur, par des tractions faites en divers sens, a conscience d'avoir bien accroché le cou du fœtus, les doigts de la main gauche, qui n'ont pas encore abandonné la place qu'ils occupaient, se portent alors en bas, puis en arrière, sur le point où doit se trouver le bec du crochet. C'est, en effet, au niveau de ce bec que se trouve l'extrémité du fil constricteur qu'il faut amener à l'extérieur. Souple et toujours béant, l'anneau de caoutchouc dont est muni le fil d'acier laisse pénétrer aisément l'indicateur ou le médius dans son orifice. En fléchissant légèrement le doigt, on a une prise solide qui permet d'attirer le fil constricteur et de l'entraîner au

dehors. L'anneau de caoutchouc, désormais inutile, est détaché. Cela fait, on retire la feuille de ressort qui ferme la gouttière *A* du crochet, de façon à pouvoir faire passer l'extrémité saisie du fil métallique à travers la mortaise *m m'* et à venir la fixer entre les deux mors de l'étau.

Il n'est pas indifférent que les deux chefs du fil constricteur occupent telle ou telle place entre les mors de l'étau ; il faut que l'un soit au-dessus et l'autre au-dessous de la vis destinée à rapprocher ces mors. Si l'on ne prenait cette précaution, si, par exemple, les deux chefs du fil étaient superposés *au-dessus* de la vis, le chef inférieur seul serait solidement saisi, tandis que le chef supérieur serait exposé à déraper. En effet, dans ces conditions, la plaque mobile de l'étau vient s'appliquer sur la plaque fixe dans un point situé au-dessous de la vis ; au-dessus de cette vis, au contraire, les deux plaques sont séparées par l'épaisseur des fils superposés. Les deux plaques de l'étau forment donc un angle à sommet inférieur, à base supérieure, et il résulte de cette disposition que, seul, le chef du fil le plus rapproché du sommet de l'angle, est suffisamment serré. Aussi, pour éviter cet inconvénient, faudra-t-il toujours faire passer *au-dessous* de la vis le chef du fil saisi au niveau du bec de crochet, puisque l'autre est déjà placé *au-dessus.*

L'extraction de la feuille de ressort qui ferme la gouttière A de l'instrument a également pour résultat de libérer l'anse coupante, ainsi que le montre la figure 4.

Troisième temps. — Ce temps a pour but d'étrécir l'anse métallique et cet étrécissement a, comme conséquence immédiate, la constriction des tissus du fœtus et leur division. La réduction de l'anneau métallique qui enserre le col fœtal s'obtient à l'aide de deux manœuvres extrêmement simples. La première, rapide, consiste à pousser, aussi haut que possible, la crémaillère qui occupe alors une situation à peu près semblable à celle qui est indiquée dans la figure 4, afin d'obtenir un commencement de constriction. La seconde, plus

lente, consiste à tourner les ailettes a a' qui commandent la vis V (fig. 3) et, par conséquent, à faire descendre l'étau entre les mors duquel sont solidement fixés les deux chefs du fil constricteur. A mesure que l'étau se rapproche de l'extrémité inférieure de la coulisse *Co Co'*, l'anse métallique qui serre le cou du fœtus devient de plus en plus petite et finit par passer à travers l'anneau mousse i placé à la partie supérieure de la crémaillère. En raison de la longueur de la vis, la section est terminée avant que l'étau soit à la fin de la course.

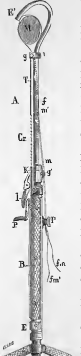


Fig. 4.
Serre-nœud mis en place prêt à fonctionner.

La crémaillère doit être poussée avec les doigts de la main droite, tandis que la main gauche appliquée sur le manche de l'instrument exerce doucement une traction en sens inverse. J'ajoute que les parties maternelles ne sauraient être lésées par la crémaillère qui a, pour guide sûr, la portion de l'instrument sur laquelle elle glisse ; les dents elles-mêmes sont inoffensives à cause de la direction de leurs arêtes qui, d'ailleurs, sont légérement émoussées.

Cette première manœuvre terminée, la main gauche reste solidement fixée sur le manche de l'instrument qu'elle empêche de se déplacer. Alors, la main droite fait tourner rapidement les ailettes jusqu'à ce qu'elle éprouve la sensation d'une résistance vaincue. Cette résistance n'est jamais considérable, mais il est inutile de la briser trop vite. En faisant mouvoir les ailettes avec

une sage lenteur, l'anse métallique serre de plus en plus les tissus avec lesquels elle est en rapport ; elle les tasse, mais bientôt elle entame la peau et alors, bien que la résistance ne soit pas entièrement vaincue, les ailettes tournent plus facilement. Enfin l'oreille perçoit un craquement dont les mains de l'opérateur ont également conscience, c'est le bruit produit par la section de la colonne vertébrale qui cède beaucoup plus aisément que les parties molles. A ce moment, il faut donner quelques tours de plus aux ailettes, dans le cas où il y aurait encore quelque lambeau de peau non divisé.

Aussitôt la section terminée, l'instrument, entraîné par son propre poids, s'échapperait des organes génitaux, si les mains de l'accoucheur venaient à l'abandonner. On le soutiendra donc, puis on le retirera doucement, ayant soin d'aller, avec les doigts de l'une ou l'autre main, protéger les parois vaginales contre les offenses du crochet, quelque insignifiantes qu'elles puissent être.

La rachitomie proprement dite est, dès lors, un fait accompli ; il ne reste plus qu'à extraire successivement le tronc et la tête du fœtus.

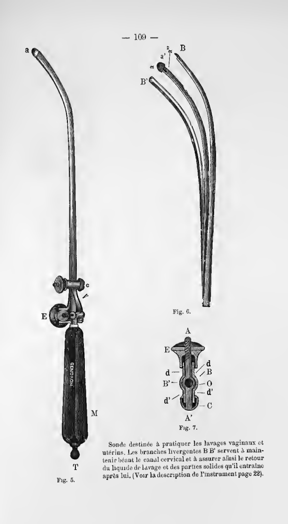
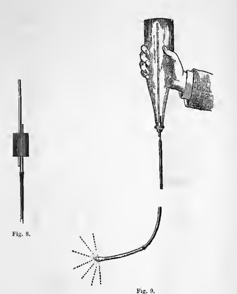


Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Sonde destinée à pratiquer les lavages vaginaux et utérins. Les branches livergentes B B' servent à maintenir béant le canal cervical et à assurer ainsi le retour du liquide de lavage et des parties solides qu'il entraîne après lui. (Voir la description de l'instrument page 22).



Vide-bouteilles (modèle 1885).



Fig. 10.

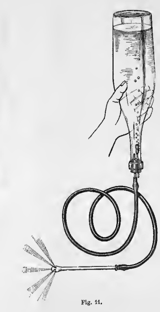


Fig. 11.

Vide-bouteilles (modèle 1892).



Fig. 25.

Séro-transfuseur stérilisable à pression constante, avec réchauffoir.



Fig 13.

Lit d'accouchements que l'auteur a fait construire pour la Maternité de Pelegrin. Dans cette figure, on voit le chariot mobile armé des porte-jambes et amené en avant du lit pour une intervention d'urgence.

Fig. 14

Dans cette figure, le lit roulant, destiné à porter les accouchées dans le lit où elles doivent passer les suites des couches, est raccordé au lit d'accouchements. Après enlèvement des deux matelas du milieu, le chariot mobile sur lequel repose le tronc de l'accouchée va pouvoir passer du lit d'accouchements sur le lit roulant.

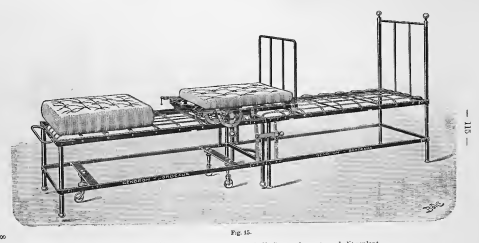


Fig. 15.

Dans cette figure, on voit le chariot mobile qui passe du lit d'accouchements sur le lit roulant.

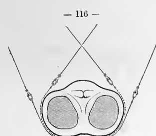


Fig. 16.

Ceinture pelvienne destinée à rapprocher les pubis après la symphyséotomie et permettant de soulever les malades, sans augmenter la pression du niveau de la symphyse.

Le rapprochement des pubis est obtenu par une sangle dont les deux extrémités sont munies de cordes qui *s'entrecroisent* et se réfléchissent ensuite sur les poulies accrochées au cadre supérieur du lit.

Le soulèvement des malades se fait au moyen d'une deuxième sangle, dont les extrémités vont se réfléchir *directement* sur des poulies accrochées, comme les précédentes, au cadre supérieur du lit.

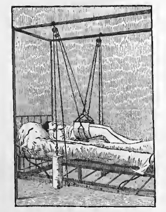


Fig. 17.

Cette figure montre le jeu des cordes : 1° *entrecroisées*, pour rapprocher les pubis; 2° *non entrecroisées*, pour soulever la malade sans augmenter la tendance au rapprochement des pubis.

Les poulies accrochées au cadre supérieur du lit sont enfermées, deux à deux, dans une chape métallique.

Fig. 18.

Cette figure montre comment, à l'aide d'une seule corde, on peut soulever les malades. C'est une simplification de l'appareil précédent.



Fig. 19.

Conducteur métallique pour la symphyséotomie.
(Modification du conducteur de Farabeuf.)



Fig. 20.

Tige d'aluminium destinée à être fixée dans l'utérus (modèle 1891).



Fig. 21.

Tige d'aluminium destinée à être fixée dans l'utérus (modèle 1895).



Fig. 22.

Curette irrigatrice, à boucle circulaire de diamètre variable, mais toujours grand.

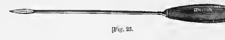


Fig. 23.

Bistouri lancéolé pour scarifications du col de l'utérus.

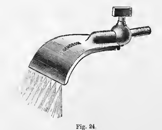


Fig. 24.

Irrigateur vulvaire tenant seul sur les pubis et versant l'eau de lavage, au cours des opérations de petite chirurgie gynécologique.